Con il patrocinio di

Collegio dei Professori Ordinari di Psichiatria
Presidente: Bernardo Carpiniello

Società Italiana di Psichiatria
Presidente: Claudio Mencacci
Presidente eletto: Emilio Sacchetti

Società Italiana di Psicopatologia
Presidente: Filippo Bogetto
Presidente eletto: Alfredo Carlo Altamura

SIPB
Società Italiana di Psichiatria Biologica
Presidente: Mario Maj

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI

QUINTA EDIZIONE

DSM-5®

Edizione italiana a cura di Massimo Biondi

Introduzione all'edizione italiana
di Mario Maj

Raffaello Cortina Editore

Traduzione di
Francesco Saverio Bersani, Ester di Giacomo, Chiarina Maria Inganni,
Nidia Morra, Massimo Simone, Martina Valentini

Coordinamento editoriale
Raffaella Voi

Redazione e impaginazione
Studio Leksis s.r.l. - Milano
www.leksis.it

www.raffaellocortina.it

Titolo originale
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5®
First Published in the United States by American Psychiatric Publishing. A Division of American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright © 2013. All Right Reserved.
First Published in Italy by Raffaello Cortina Editore in Italian. Raffaello Cortina Editore is the exclusive publisher of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* in Italian for worldwide distribution.
Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Raffaello Cortina Editore.
The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Italian language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

Pubblicato per la prima volta negli Stati Uniti da American Psychiatric Publishing. A Division of American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright © 2013.
Pubblicato per la prima volta in italiano da Raffaello Cortina Editore. Raffaello Cortina Editore è l'editore esclusivo del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5* in italiano con distribuzione mondiale.
Il permesso per l'uso di qualsiasi materiale dell'opera tradotta deve essere autorizzato per iscritto da Raffaello Cortina Editore.
L'American Psychiatric Association non ha responsabilità della traduzione di questa pubblicazione dall'inglese all'italiano e non è responsabile per eventuali errori, omissioni o altre possibili imprecisioni nella traduzione dell'opera.

ISBN 978-88-6030-660-9 (Hardcover)
ISBN 978-88-6030-661-6 (Softcover)
© 2014 Raffaello Cortina Editore
Milano, via Rossini 4

Prima edizione: 2014

Stampato da
Consorzio Artigiano LVG, Azzate (Varese)
per conto di Raffaello Cortina Editore

Ristampe

0	1	2	3	4	5
2014	2015	2016	2017	2018	

Indice

Introduzione all'edizione italiana IX
Classificazione DSM-5 XXIII
Prefazione LIII

SEZIONE I

Principi fondamentali

Introduzione 5
Uso del manuale 21
Dichiarazione cautelativa per l'uso del DSM-5 in ambito forense 29

SEZIONE II

Criteri diagnostici e codici

Disturbi del neurosviluppo 35
Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici 101
Disturbi bipolari e disturbi correlati 143
Disturbi depressivi 179
Disturbi d'ansia 217
Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati 271
Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti 307
Disturbi dissociativi 337
Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati 357
Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione 379
Disturbi dell'evacuazione 411
Disturbi del sonno-veglia 419
Disfunzioni sessuali 493
Disforia di genere 527
Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta 539

Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction 563
Disturbi neurocognitivi 687
Disturbi di personalità 747
Disturbi parafilici 795
Altri disturbi mentali 821
Disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci 823
Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica 831

SEZIONE III

Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione

Scale di valutazione 851
Inquadramento culturale 869
Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità 883
Condizioni che necessitano di ulteriori studi 907

APPENDICE

Principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV 937
Glossario dei termini tecnici 949
Glossario dei concetti culturali di sofferenza 967
Elenco alfabetico delle diagnosi del DSM-5 e dei codici ICD-9-CM e ICD-10-CM 973
Elenco numerico delle diagnosi del DSM-5 e dei codici ICD-9-CM 999
Elenco numerico delle diagnosi del DSM-5 e dei codici ICD-10-CM 1017
Consulenti e collaboratori del DSM-5 1041

Indice analitico 1063

Comitato di revisione scientifica per l'edizione italiana

Umberto Albert
Dipartimento di Neuroscienze
"Rita Levi Montalcini",
Scuola di Medicina e Chirurgia,
Università degli Studi di Torino

Francesco Saverio Bersani
Dipartimento di Neurologia
e Psichiatria,
Facoltà di Medicina e Odontoiatria,
Sapienza Università di Roma,
Policlinico Umberto I

Massimo Biondi
Dipartimento di Neurologia
e Psichiatria,
Facoltà di Medicina e Odontoiatria,
Sapienza Università di Roma,
Policlinico Umberto I

Filippo Bogetto
Dipartimento di Neuroscienze
"Rita Levi Montalcini",
Università degli Studi di Torino

Roberto Cavallaro
Dipartimento di Neuroscienze Cliniche,
Istituto di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico
Ospedale San Raffaele, Milano

Massimo Clerici
Dipartimento di Medicina
e Chirurgia Traslazionale,
Università degli Studi di Milano Bicocca

Franco Del Corno
Psicologo, psicoterapeuta, Milano

Diana De Ronchi
Dipartimento di Scienze Biomediche
e Neuromotorie,
Alma Mater Studiorum - Università
di Bologna

Ester di Giacomo
Dipartimento di Medicina
e Chirurgia Interdisciplinare,
Università degli Studi di Milano Bicocca

Mauro Ferrara
Dipartimento di Pediatria
e Neuropsichiatria Infantile,
Facoltà di Medicina e Odontoiatria,
Sapienza Università di Roma

Andrea Fiorillo
Dipartimento di Psichiatria,
Università di Napoli SUN

Paolo Girardi
Facoltà di Medicina e Psicologia,
Sapienza Università di Roma

Vittorio Lingiardi
Facoltà di Medicina e Psicologia,
Sapienza Università di Roma

Cesare Maffei
Università Vita-Salute San Raffaele,
Facoltà di Psicologia
e Ospedale San Raffaele, Milano

Mario Maj
Dipartimento di Psichiatria,
Università di Napoli SUN

Nicola Nardelli
Facoltà di Medicina e Psicologia,
Sapienza Università di Roma

Liborio Parrino
Centro di Medicina del Sonno,
Dipartimento di Neuroscienze,
Università degli Studi di Parma

Piero Porcelli
UO Psicologia Clinica,
IRCCS Ospedale De Bellis,
Castellana Grotte, Bari

Enrico Smeraldi
Dipartimento di Neuroscienze Cliniche,
Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Università Vita Salute San Raffaele,
IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Fabrizio Starace
Dipartimento Salute Mentale
e Dipendenze Patologiche,
AUSL di Modena

Alfonso Tortorella
Dipartimento di Psichiatria,
Università di Napoli SUN

Martina Valentini
Dipartimento di Neurologia
e Psichiatria,
Facoltà di Medicina e Odontoiatria,
Sapienza Università di Roma,
Policlinico Umberto I

Introduzione all'edizione italiana

Quest'edizione italiana del DSM-5 viene data alle stampe esattamente trent'anni dopo l'edizione italiana del DSM-III e la sua pubblicazione rappresenta un'occasione per riflettere sul ruolo che il DSM si è ritagliato nella pratica psichiatrica in Italia.

Probabilmente gli unici dati attendibili che abbiamo a questo proposito sono quelli del *survey* condotto due anni fa dalla World Psychiatric Association (WPA) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) su campioni di psichiatri selezionati in modo randomizzato in 44 paesi attraverso le società psichiatriche nazionali (1).

Tra tutti i paesi partecipanti, l'Italia è risultata essere seconda soltanto alla Francia in termini di abitudine degli psichiatri a *non* utilizzare nella loro pratica clinica un sistema formale di classificazione e diagnosi dei disturbi mentali. In Francia, ha dichiarato di utilizzarlo meno del 50% degli psichiatri partecipanti al *survey*, in Italia poco più del 60%. In Germania, oltre il 90%.

Tuttavia, quando agli psichiatri che hanno dichiarato di utilizzare un sistema formale di classificazione è stato chiesto di precisare quale sistema impiegassero, il 50% degli psichiatri italiani ha risposto di usare il DSM-IV, contro il 14% degli psichiatri francesi, l'11% degli psichiatri inglesi e meno del 5% degli psichiatri tedeschi. Le percentuali di utilizzazione dell'International Classification of Diseases (ICD) dell'OMS sono state del 37% per l'Italia, del 54% per la Francia, dell'86% per la Gran Bretagna e del 96% per la Germania. Dunque, per quanto formalmente l'organizzazione sanitaria in Italia richieda che sulle cartelle cliniche e documenti analoghi vengano utilizzati i codici e le diagnosi dell'ICD, tra gli psichiatri italiani che utilizzano un sistema diagnostico di riferimento risulta essere più popolare il DSM.

È probabile che diversi psichiatri italiani che impiegano i codici e le diagnosi dell'ICD sulle cartelle cliniche non abbiano mai letto il testo dell'ICD-9 o dell'ICD-10. Essi usano l'ICD soltanto come un sistema di codifica. Del resto, il Ministero della Salute italiano, a differenza dei ministeri omologhi di diversi altri paesi europei, non ha mai compiuto uno sforzo concreto per far conoscere ai clinici l'ICD e, più in generale, per incoraggiare l'uso di un sistema formale per la diagnosi dei disturbi mentali. Al contrario, in tutti i vari documenti e progetti obiettivo nel campo della salute mentale prodotti dal Ministero della Salute italiano negli ultimi trent'anni, la parola "diagnosi" compare solo incidentalmente, per lo più quando si parla dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

Ma che cosa intendono dire gli psichiatri italiani quando affermano di usare il DSM-IV come sistema diagnostico di riferimento nella loro pratica clinica? Intendono dire che applicano regolarmente tutti i criteri relativi al numero e alla durata dei sin-

tomi per tutti i vari disturbi mentali? Ne dubito fortemente. D'altra parte, anche negli Stati Uniti diversi studi hanno riportato che, persino nel caso della depressione maggiore, per la quale i criteri diagnostici sono rimasti praticamente invariati dal DSM-III al DSM-IV, molti psichiatri hanno difficoltà a ricordare le soglie previste dal manuale e non le applicano regolarmente nella loro pratica clinica (cfr. 2).

Ciò che gli psichiatri hanno di solito in mente e usano nella loro attività quotidiana sono i prototipi dei vari disturbi mentali delineati nel manuale. E alcuni, me compreso, ritengono che questo sia stato il principale contributo che il DSM-III e i suoi successori hanno fornito alla pratica psichiatrica: una descrizione chiara e precisa dei prototipi delle varie patologie mentali, compresa l'individuazione degli elementi essenziali richiesti per ciascuna diagnosi e degli elementi che la escludono, al di là delle soglie relative al numero e alla durata dei sintomi (3).

Quest'utilizzazione del DSM non è molto diversa da quella originariamente prevista da Robert Spitzer nel 1975, all'inizio dell'attività della Task Force per il DSM-III. In un lavoro di quell'anno, Spitzer (4) scrive: "Questi criteri operativi saranno elencati sotto il titolo 'Criteri suggeriti'. Essi non sostituiranno ma integreranno soltanto le definizioni narrative delle categorie diagnostiche. Le definizioni narrative del DSM-III saranno molto più elaborate di quelle del DSM-I e del DSM-II. Gli aspetti clinici essenziali saranno chiaramente distinti dagli elementi comunemente associati, e per tutte le categorie verranno specificati gli elementi diagnostici differenziali più importanti [...] In ogni caso, i criteri che saranno elencati nel DSM-III verranno soltanto 'suggeriti', e ogni clinico sarà libero di usarli o di ignorarli secondo quanto riterrà opportuno". Per quanto queste affermazioni di Spitzer non abbiano trovato poi riscontro nella struttura del DSM-III e dei suoi successori, non è azzardato affermare che quanto da lui preconizzato è in realtà avvenuto nella pratica clinica.

Diverso naturalmente è il caso della ricerca. Qui è assai frequente che i criteri diagnostici operativi del DSM siano effettivamente utilizzati, o almeno questo è quanto risulta dai lavori. Quasi tutti gli studi clinici e biologici condotti in psichiatria negli ultimi trent'anni, anche in Italia, hanno applicato, almeno sulla carta, i criteri diagnostici operativi del DSM-III o di uno dei suoi successori, comprese le soglie relative al numero e alla durata dei sintomi. Va detto però che quelle soglie, proposte inizialmente sulla base di un consenso tra esperti, nella prospettiva di una successiva validazione empirica, non hanno per lo più avuto tale validazione.

Se consideriamo l'esempio della depressione maggiore, tanto la soglia dei cinque sintomi depressivi quanto quella della durata di due settimane non sono state confermate dalla ricerca. Come riportato da Kenneth Kendler (5), "gli autori hanno trovato scarso supporto empirico ai criteri del DSM-IV della durata di due settimane, della presenza di cinque sintomi e della compromissione funzionale clinicamente significativa; la maggior parte delle funzioni appariva essere continua". Analogamente, Ronald Kessler (6) ha trovato che "c'è un aumento monotonico nel numero degli episodi, nella compromissione funzionale, nella comorbilità e nella storia familiare di disturbi mentali se noi passiamo dalle persone con 2-4 sintomi depressivi a quelle con 5-6 sintomi a quelle con 7-9 sintomi".

Nel caso di alcune categorie diagnostiche, poi, e in particolare della schizofrenia, i criteri operativi rappresentano una sintesi inadeguata e fuorviante della parte narrativa del testo. Ad esempio, il disturbo della coscienza del sé, elemento essenziale della psicopatologia della schizofrenia secondo la tradizione europea, viene descritto in una sezione della parte narrativa del testo del DSM-III, mentre non è proprio citato nei criteri operativi. I criteri operativi per la schizofrenia rappresentano l'esempio più evidente

di quell'ipersemplificazione psicopatologica più volte individuata come l'aspetto più negativo del DSM-III e delle successive edizioni del manuale (per es., 7).

Dunque, in estrema sintesi, il DSM-III e i suoi successori hanno raggiunto in qualche misura, molto probabilmente anche in Italia, il loro obiettivo di delineare in modo chiaro e preciso i prototipi dei vari disturbi mentali, favorendo la comunicazione tra i clinici nonché la comprensione delle diagnosi da parte dei pazienti e dei loro familiari. Molto più discutibile, invece, è il successo delle soglie da essi proposte, che non hanno ricevuto un'adeguata validazione empirica e che vengono raramente usate nella pratica clinica. Inoltre, nel caso di alcune categorie diagnostiche – in particolare la schizofrenia – la traduzione in termini operativi del prototipo è risultata inefficace.

Nel suddetto *survey* della WPA e dell'OMS (1), oltre i due terzi degli psichiatri intervistati ha dichiarato di preferire linee guida flessibili che tengano conto della variabilità culturale e lascino spazio al giudizio clinico piuttosto che rigidi criteri diagnostici operativi, e la percentuale di coloro che hanno fornito questa risposta è risultata essere finanche più elevata tra gli utilizzatori del DSM-IV che tra quelli dell'ICD-10.

Inoltre, è stato più volte sottolineato nella letteratura recente che i clinici, nella loro pratica ordinaria, non basano le loro diagnosi su una verifica sistematica della presenza o meno di una serie di sintomi, ma piuttosto su un *matching* tra i prototipi dei vari disturbi mentali che essi hanno in mente e le caratteristiche del singolo paziente che hanno di fronte (per es., 8). Ridurre l'atto della diagnosi a una conta di sintomi significherebbe banalizzare la pratica psichiatrica e perdere di vista la complessità di ogni singolo caso (per es., 9).

La sezione "Uso del manuale" del DSM-5 riconosce adesso esplicitamente questa realtà, quando dichiara che "non è sufficiente verificare soltanto la presenza dei sintomi elencati nei criteri diagnostici per porre una diagnosi di disturbo mentale", che "i criteri diagnostici sono offerti come linee guida per porre le diagnosi, e il loro uso deve essere orientato dal giudizio clinico", che "le descrizioni del testo, comprese le sezioni introduttive di ciascun capitolo diagnostico, possono essere di aiuto per fondare la diagnosi", e che "la caratterizzazione di ogni singolo paziente deve comprendere un'accurata storia clinica e un riassunto conciso dei fattori sociali, psicologici e biologici che possono aver contribuito allo sviluppo di un determinato disturbo mentale".

Mentre i suddetti limiti dell'approccio operazionale sono stati un argomento spesso ricorrente nella letteratura specialistica, le critiche più frequentemente rivolte al DSM-5 nei media a livello internazionale sono state essenzialmente due: a) la presunta mancanza di validità delle diagnosi proposte dal manuale, in quanto non basate su test di laboratorio (per es., 10); b) la psichiatrizzazione indebita da parte del manuale di una serie di condizioni rientranti nell'ambito della norma (per es., 11). Entrambe queste critiche richiedono una discussione, per quanto sintetica.

L'assunto che le diagnosi psichiatriche non sono valide perché non basate su test di laboratorio non regge a una riflessione approfondita. In primo luogo, non è affatto vero che la psichiatria è unica tra le discipline mediche nel porre diagnosi "non basate su test biologici". Diverse condizioni non psichiatriche vengono tuttora diagnosticate senza utilizzare test biologici (l'emicrania e la sclerosi multipla sono esempi ampiamente citati), e tantissime altre sono state diagnosticate in modo corretto per molti decenni prima che si rendessero disponibili test di laboratorio. Anzi, in diverse specialità mediche, l'uso indiscriminato delle indagini di laboratorio nella pratica clinica ha ridotto anziché aumentare la validità delle diagnosi.

Inoltre, come osservato da Bernard Carroll (12), "la maggior parte dei test di laboratorio in medicina sono marcatori di malattia probabilistici, non patognomonici". "Essi

possono essere utili per riconsiderare le probabilità diagnostiche, ma non di per sé per finalizzare o escludere una diagnosi" e i loro risultati vanno sempre interpretati usando il giudizio clinico. In effetti, in un lavoro comparso quest'anno sul *JAMA Internal Medicine* (13), viene riportato che in medicina "la storia del paziente tipicamente dà conto del 75% o più della conclusione diagnostica quando si valutano sintomi comuni; l'esame obiettivo dà conto del 10-15% e i test diagnostici in genere danno conto di meno del 10%".

Ancora, il fatto di poter disporre di test di laboratorio non ha impedito che alcune condizioni non psichiatriche, come l'ipertensione e il diabete, le quali – al pari di molti o forse tutti i disturbi mentali – sono in un *continuum* con la normalità, diventassero oggetto di controversia per quanto riguarda la soglia appropriata per la diagnosi (per es., 14). Infatti, se un valore della pressione arteriosa o della glicemia sia normale o patologico dipende dagli esiti che esso predice, e l'evidenza scientifica relativa a questi esiti può essere in alcune circostanze (per es., durante la gravidanza per la glicemia) non chiara o controversa. Quale sia la soglia appropriata per la diagnosi di diabete in gravidanza rimane tuttora dibattuto (per es., 15).

Infine, è stato recentemente osservato che in generale in medicina "non esiste un *gold standard* rispetto al quale giudicare differenti posizioni su come definire la malattia" e che "sono necessarie decisioni altamente soggettive per valutare che cosa costituisce una sofferenza o un rischio sufficiente per giustificare la definizione di caso" (14).

Dunque, assumere che la disponibilità di test di laboratorio consenta automaticamente di porre diagnosi "sì o no" nelle altre branche della medicina non è corretto, e affermare che le diagnosi psichiatriche sono invalide perché in psichiatria non sono disponibili test di laboratorio è fuorviante (3).

Per quanto riguarda l'argomento della psichiatrizzazione impropria delle esperienze umane normali, appare illuminante la dichiarazione resa di recente da Ronald Kessler, intervenendo nel dibattito sul DSM-5. Intervistato a proposito della prevalenza elevata dei disturbi mentali nella popolazione generale degli Stati Uniti, attribuita alla suddetta psichiatrizzazione impropria, Kessler ha risposto (16): "Eccovi qualcosa di ancora più scioccante: il 99,9% della popolazione degli Stati Uniti ha avuto un problema di salute fisica nella sua vita [...] Una varietà di condizioni conta come patologia fisica. Ciò non significa che si è sempre sulla soglia della morte".

Questa dichiarazione tocca un punto essenziale. Nella popolazione generale esiste certamente un'ampia gamma di problemi di salute mentale. D'altro canto, quelli che chiamiamo tradizionalmente disturbi mentali non sono condizioni del tipo "tutto o nulla". Molti di essi, forse tutti, sono in continuità con la normalità. Come osservato da Kendell e Jablensky (17), "la variazione tra i sintomi o la patologia estensiva e inabilitante e una quasi totale assenza di sintomi o patologia sembra essere continua, senza una dimostrabile zona di rarità; di conseguenza, il confine tra la normalità e il disturbo deve essere deciso arbitrariamente su base pragmatica", cioè, essenzialmente, sulla base dell'utilità clinica.

Come abbiamo visto, questa situazione non è affatto peculiare della psichiatria. Il diabete e l'ipertensione sono tipici esempi di condizioni non psichiatriche in continuità con la normalità, in cui il confine tra normalità e patologia non "esiste in natura" ma va fissato su base pragmatica, sulla base cioè dell'evidenza riguardante la predizione degli esiti. Il fatto che per queste condizioni siano disponibili test di laboratorio non cambia la situazione, e non ha impedito che le soglie per le diagnosi di diabete e ipertensione si modificassero nel corso del tempo, in rapporto alle nuove acquisizioni della ricerca.

E allora, noi dobbiamo essere chiaramente consapevoli delle due questioni fondamentali che abbiamo di fronte per quanto riguarda i sistemi diagnostici in psichiatria. La prima può essere formulata in questo modo: quale deve essere la soglia per l'inserimento di un problema di salute mentale nel DSM e nell'ICD?

Purtroppo, la definizione che il DSM-5 fornisce di "disturbo mentale" non è di grande aiuto: "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 di disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti". Questa definizione contiene un elemento di tautologia (è disturbo mentale ciò che è "clinicamente significativo"), un elemento assai difficile da rilevare allo stato attuale delle conoscenze (che vi sia una "disfunzione nei processi che sottendono il funzionamento mentale") e un elemento comune a una varietà di problemi di salute mentale (causare un disagio o una disabilità significativi).

In questa situazione diventa essenziale, al momento di decidere sull'inserimento nel sistema diagnostico di un nuovo pattern o problema di salute mentale, identificato in modo attendibile e riproducibile in contesti clinici o di comunità, attuare un bilancio tra i possibili benefici di tale inserimento (in termini di predizione di determinati esiti o di disponibilità di interventi terapeutici efficaci) e i possibili rischi (in termini di stigma e di uso improprio di interventi, soprattutto farmacologici, validati per altre condizioni). Questo bilancio, considerato sfavorevole, ha ad esempio contribuito alla decisione di non inserire nel corpo del DSM-5 la nuova categoria denominata "sindrome psicotica attenuata" (per es., 18). Purtroppo, altre decisioni prese dalla Task Force per il DSM-5, come l'eliminazione del criterio di esclusione per il lutto nella diagnosi di depressione maggiore e l'inserimento della nuova categoria del *disturbo da disregolazione dell'umore dirompente*, non sembrano aver tenuto conto del bilancio suddetto.

La seconda questione fondamentale è: come definire il confine tra patologia e normalità per i vari disturbi mentali? Una possibile soluzione è quella adottata dal DSM-III e dai suoi successori: fissare delle soglie basate sul numero e la durata dei sintomi e sul grado di compromissione del funzionamento sociale. Tuttavia, come abbiamo visto, queste soglie, determinate inizialmente sulla base di un consenso tra esperti, contando su una successiva validazione empirica, non hanno per lo più avuto tale validazione. Purtroppo, i field trials del DSM-5 non hanno affrontato questo problema cruciale della validazione delle soglie, e la nuova edizione del manuale ha confermato automaticamente le soglie precedenti (come nel caso della depressione maggiore) o le ha modificate senza una sufficiente base empirica (come nel caso dell'anoressia e della bulimia nervose). Vanno sicuramente incoraggiati nuovi studi che confrontino l'utilità clinica di soglie alternative per ciascun disturbo mentale. Inoltre, considerata l'evidenza della difficoltà dei clinici a ricordare e utilizzare nella loro pratica quotidiana le soglie fissate dal manuale, andrà valutata anche l'applicabilità delle soglie proposte nelle condizioni cliniche ordinarie.

L'approccio alternativo è quello di definire in modo molto preciso i prototipi dei vari disturbi mentali e di prevedere una valutazione del grado di corrispondenza di ciascun caso a un determinato prototipo (*goodness of fit*), affidata al giudizio clinico (per es., 19). La diagnosi viene posta se la *goodness of fit* raggiunge un livello prefissato. Questa soluzione, più aderente alla realtà del processo diagnostico spontaneo nella pratica clinica, ha ricevuto di recente una validazione empirica per alcune patologie (cfr. 2). D'altro canto, la stessa sezione "Uso del manuale" del DSM-5 prevede adesso l'esercizio del giudi-

zio clinico nell'applicazione delle soglie fissate dai criteri operativi. Anche per quest'approccio, però, l'evidenza scientifica disponibile non può essere considerata sufficiente.

In conclusione, l'esperienza di trent'anni dell'uso del DSM-III e dei suoi successori presenta luci e ombre, e l'accoglienza negativa dei media al DSM-5 sembra rendere le ombre più evidenti e persino minacciose. Ma il DSM-5 deve essere visto per quello che in realtà è: non "la bibbia degli psichiatri", bensì un utile manuale di riferimento per tutte le professioni della salute mentale, il quale delinea le caratteristiche cliniche di condizioni la cui natura è sicuramente eterogenea, per lo più senza inferenze per quanto riguarda la loro origine (certo non sempre primariamente biologica) né il loro trattamento (certo non necessariamente farmacologico).

L'uso acritico dei soli criteri diagnostici operativi per i vari disturbi mentali è ora sconsigliato nella stessa sezione "Uso del manuale". Come originariamente previsto da Spitzer, questi criteri integrano ma non sostituiscono le definizioni narrative delle varie categorie diagnostiche, e tanto i criteri quanto le definizioni narrative sono finalizzati ad "assistere clinici esperti" in una valutazione diagnostica di cui il rilievo dei sintomi e dei segni rappresenta soltanto un elemento.

Senza mai dimenticare che una caratteristica essenziale della psichiatria e delle altre professioni della salute mentale è quella di "combinare la consapevolezza dei pattern comuni" con "un'attenzione acuta alle circostanze di ogni singolo essere umano" (20).

Mario Maj
Università di Napoli

Riferimenti bibliografici

(1) Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. World Psychiatry 2011;10:118-31.
(2) Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. World Psychiatry 2011;10:81-2.
(3) Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. World Psychiatry 2013;12:185-6.
(4) Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. Am J Psychiatry 1975;132:1187-92.
(5) Kendler KS, Gardner CO, Jr. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. Am J Psychiatry 1998;155:172-7.
(6) Kessler K, Zhao S, Blazer DG et al. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. J Affect Disord 1997;45:19-30.
(7) Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. Br J Psychiatry 1998;172:458-60.
(8) Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. In: Millon T, Krueger RF, Simonsen E (eds). Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11. New York: Guilford, 2010:374-90.
(9) Parnas J. The Breivik case and "conditio psychiatrica". World Psychiatry 2013;12:22-3.
(10) Insel T. Director's blog: transforming psychiatry. www.nimh.nih.gov.

(11) Frances A. DSM-5 in distress. www.psychologytoday.com.
(12) Carroll BJ. In: Frances A. The role of biological tests in psychiatric diagnosis. www.huffingtonpost.com.
(13) Kroenke K. Diagnostic testing and the illusory reassurance of normal results. JAMA Intern Med 2013;173:416-7.
(14) Moynihan R. A new deal on disease definition. BMJ 2011;342:d2548.
(15) Ryan E. Diagnosing gestational diabetes. Diabetologia 2011;54:480-6.
(16) Kessler R. In: Parry W. Normal or not? New psychiatric manual stirs controversy. www.livescience.com.
(17) Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.
(18) Corcoran CM, First MB, Cornblatt B. The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V: a risk-benefit analysis. Schizophr Res 2010;120:16-22.
(19) Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. World Psychiatry 2012;11:16-21.
(20) Brooks D. Heroes of uncertainty. New York Times, May 27, 2013.

Questa introduzione è solo per l'edizione italiana e non compare nell'edizione originale inglese.

Task Force per il DSM-5

David J. Kupfer, M.D., *Task Force Chair*
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., *Task Force Vice-Chair*

William E. Narrow, M.D., M.P.H., *Research Director*

Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
William T. Carpenter Jr., M.D.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Joel E. Dimsdale, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Jan A. Fawcett, M.D.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D. *(2009-)*
Steven E. Hyman, M.D. *(2007-2012)*
Dilip V. Jeste, M.D. *(2007-2011)*
Helena C. Kraemer, Ph.D.
Daniel T. Mamah, M.D., M.P.E.
James P. McNulty, A.B., Sc.B.
Howard B. Moss, M.D. *(2007-2009)*

Susan K. Schultz, M.D., *Text Editor*
Emily A. Kuhl, Ph.D., *APA Text Editor*

Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
Roger Peele, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Daniel S. Pine, M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D.
Maritza Rubio-Stipec, Sc.D.
David Shaffer, M.D.
Andrew E. Skodol II, M.D.
Susan E. Swedo, M.D.
B. Timothy Walsh, M.D.
Philip Wang, M.D., Dr.P.H. *(2007-2012)*
William M. Womack, M.D.
Kimberly A. Yonkers, M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D., *Consultant*

APA Division of Research Staff per il DSM-5

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., *Director, Division of Research*
William E. Narrow, M.D., M.P.H., *Associate Director*
Emily A. Kuhl, Ph.D., *Senior Science Writer; Staff Text Editor*
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc., *Research Statistician*

Lisa H. Greiner, M.S.S.A., *DSM-5 Field Trials Project Manager*
Eve K. Moscicki, Sc.D., M.P.H., *Director, Practice Research Network*
S. Janet Kuramoto, Ph.D., M.H.S., *Senior Scientific Research Associate, Practice Research Network*

Amy Porfiri, M.B.A. *Director of Finance and Administration*

Jennifer J. Shupinka, *Assistant Director, DSM Operations*
Seung-Hee Hong, *DSM Senior Research Associate*
Anne R. Hiller, *DSM Research Associate*
Alison S. Beale, *DSM Research Associate*
Spencer R. Case, *DSM Research Associate*

Joyce C. West, Ph.D., M.P.P., *Health Policy Research Director, Practice Research Network*
Farifteh F. Duffy, Ph.D., *Quality Care Research Director, Practice Research Network*
Lisa M. Countis, *Field Operations Manager, Practice Research Network*

Christopher M. Reynolds, *Executive Assistant*

APA Office of the Medical Director

James H. Scully Jr., M.D. *Medical Director and CEO*

Consulenti editoriali e per la codifica

Michael B. First, M.D.

Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P

Work Group per il DSM-5

DDAI e disturbi da comportamento dirompente

David Shaffer, M.D., *Chair*
F. Xavier Castellanos, M.D., *Co-Chair*

Paul J. Frick, Ph.D., *Text Coordinator*
Glorisa Canino, Ph.D.
Terrie E. Moffitt, Ph.D.
Joel T. Nigg, Ph.D.
Luis Augusto Rohde, M.D., Sc.D.
Rosemary Tannock, Ph.D.
Eric A. Taylor, M.B.
Richard Todd, Ph.D., M.D. *(d. 2008)*

Disturbi d'ansia, dello spettro ossessivo-compulsivo, post-traumatici e dissociativi

Katarine A. Phillips, M.D., *Chair*

Michelle G. Craske, Ph.D., *Text Coordinator*
J. Gavin Andrews, M.D.
Susan M. Bögels, Ph.D.
Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.
Eric Hollander, M.D. *(2007-2009)*
Roberto Lewis-Fernández, M.D., M.T.S.
Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.
Scott L. Rauch, M.D.
H. Blair Simpson, M.D., Ph.D.
David Spiegel, M.D.
Dan J. Stein, M.D., Ph.D.
Murray B. Stein, M.D.
Robert J. Ursano, M.D.
Hans-Ulrich Wittchen, Ph.D.

Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza

Daniel S. Pine, M.D., *Chair*

Ronald E. Dahl, M.D.
E. Jane Costello, Ph.D. *(2007-2009)*
Regina Smith James, M.D.
Rachel G. Klein, Ph.D.
James F. Leckman, M.D.
Ellen Leibenluft, M.D.
Judith H.L. Rapoport, M.D.
Charles H. Zeanah, M.D.

Disturbi dell'alimentazione

B. Timothy Walsh, M.D., *Chair*

Stephen A. Wonderlich, Ph.D., *Text Coordinator*
Evelyn Attia, M.D.
Anne E. Becker, M.D., Ph.D., Sc.M.
Rachel Bryant-Waugh, M.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
Richard E. Kreipe, M.D.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
James E. Mitchell, M.D.
Ruth H. Striegel-Moore, Ph.D.
G. Terence Wilson, Ph.D.
Barbara E. Wolfe, Ph.D., A.P.R.N.

Disturbi dell'umore

Jan A. Fawcett, M.D., *Chair*

Ellen Frank, Ph.D., *Text Coordinator*
Jules Angst, M.D. *(2007-2008)*
William H. Coryell, M.D.
Lori L. Davis, M.D.
Raymond J. DePaulo, M.D.
Sir David Goldberg, M.D.
James S. Jackson, Ph.D.
Kenneth S. Kendler, M.D. *(2007-2010)*
Mario Maj, M.D., Ph.D.
Husseini K. Manji, M.D. *(2007-2008)*
Michael R. Phillips, M.D.
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.
Carlos A. Zarate, M.D.

Disturbi neurocognitivi

Dilip V. Jeste, M.D. (2007-2011), *Chair Emeritus*
Dan G. Blazer, M.D., PH.D., M.P.H., *Chair*
Ronald C. Petersen, M.D., PH.D., *Co-Chair*

Mary Ganguli, M.D., M.P.H., *Text Coordinator*
Deborah Blacker, M.D., Sc.D.
Warachal Faison, M.D. *(2007-2008)*
Igor Grant, M.D.
Eric J. Lenze, M.D.
Jane S. Paulsen, Ph.D.
Perminder S. Sachdev, M.D., Ph.D.

Disturbi del neurosviluppo

Susan E. Swedo, M.D., *Chair*

Gillian Baird, M.A., M.B., B.Chir., *Text Coordinator*
Edwin H. Cook Jr., M.D.
Francesca G. Happé, Ph.D.
James C. Harris, M.D.
Walter E. Kaufmann, M.D.
Bryan H. King, M.D.
Catherine E. Lord, Ph.D.
Joseph Piven, M.D.
Sally J. Rogers, Ph.D.
Sarah J. Spence, M.D., Ph.D.
Rosemary Tannock, Ph.D.
Fred Volkmar, M.D. *(2007-2009)*
Amy M. Wetherby, Ph.D.
Harry H. Wright, M.D.

Personalità e disturbi di personalità*

Andrew E. Skodol, M.D., *Chair*
John M. Oldham, M.D., *Co-Chair*

Robert F. Krueger, Ph.D., *Text Coordinator*
Renato D. Alarcon, M.D., M.P.H.
Carl C. Bell, M.D.
Donna S. Bender, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
W. John Livesley, M.D., Ph.D. *(2007-2012)*
Leslie C. Morey, Ph.D.
Larry J. Siever, M.D.
Roel Verheul, Ph.D. *(2008-2012)*

* Il Work Group sulla personalità e i disturbi di personalità è responsabile del modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità che compare nella Sezione III. I criteri e il testo (con relativi aggiornamenti) dei disturbi di personalità presentati nella Sezione II sono mutuati dal DSM-IV-TR.

Disturbi psicotici

William T. Carpenter Jr., M.D., *Chair*

Deanna M. Barch, Ph.D., *Text Coordinator*
Juan R. Bustillo, M.D.
Wolfgang Gaebel, M.D.
Raquel E. Gur, M.D., Ph.D.
Stephan H. Heckers, M.D.
Dolores Malaspina, M.D., M.S.P.H.
Michael J. Owen, M.D., Ph.D.
Susan K. Schultz, M.D.
Rajiv Tandon, M.D.
Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D.
Jim van Os, M.D.

Disturbi sessuali e dell'identità di genere

Kenneth J. Zucker, PH.D., *Chair*

Lori Brotto, Ph.D., *Text Coordinator*
Irving M. Binik, Ph.D.
Ray M. Blanchard, Ph.D.
Peggy T. Cohen-Kettenis, Ph.D.
Jack Drescher, M.D.
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Martin P. Kafka, M.D.
Richard B. Krueger, M.D.
Niklas Långström, M.D., Ph.D.
Heino F.L. Meyer-Bahlburg, Dr. rer. nat.
Friedemann Pfäfflin, M.D.
Robert Taylor Segraves, M.D., Ph.D.

Disturbi del sonno-veglia

Charles F. Reynolds III, M.D., *Chair*

Ruth M. O'Hara, Ph.D., *Text Coordinator*
Charles M. Morin, Ph.D.
Allan I. Pack, Ph.D.
Kathy P. Parker, Ph.D., R.N.
Susan Redline, M.D., M.P.H.
Dieter Riemann, Ph.D.

Disturbi da sintomi somatici

Joel E. Dimsdale, M.D., *Chair*

James L. Levenson, M.D., *Text Coordinator*
Arthur J. Barsky III, M.D.
Francis Creed, M.D.
Nancy Frasure-Smith, Ph.D. *(2007-2011)*
Michael R. Irwin, M.D.
Francis J. Keefe, Ph.D. *(2007-2011)*
Sing Lee, M.D.
Michael Sharpe, M.D.
Lawson R. Wulsin, M.D.

Disturbi correlati a sostanze

Charles P. O'Brien, M.D., PH.D., *Chair*
Thomas J. Crowley, M.D., *Co-Chair*

Wilson M. Compton, M.D., M.P.E., *Text Coordinator*
Marc Auriacombe, M.D.
Guilherme L.G. Borges, M.D., Dr.Sc.
Kathleen K. Bucholz, Ph.D.
Alan J. Budney, Ph.D.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.
Deborah S. Hasin, Ph.D.
Thomas R. Kosten, M.D. *(2007-2008)*
Walter Ling, M.D.
Spero M. Manson, Ph.D. *(2007-2008)*
A. Thomas McLellan, Ph.D. *(2007-2008)*
Nancy M. Petry, Ph.D.
Marc A. Schuckit, M.D.
Wim van den Brink, M.D., Ph.D. *(2007-2008)*

Study Group per il DSM-5

Spettri diagnostici e armonizzazione del DSM con l'ICD

Steven E. Hyman, M.D., *Chair (2007-2012)*

William T. Carpenter Jr., M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Jan A. Fawcett, M.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
John M. Oldham, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

Questioni relative allo sviluppo e all'arco di vita

Eric J. Lenze, M.D., *Chair*
Susan K. Schultz, M.D., *Chair Emeritus*
Daniel S. Pine, M.D., *Chair Emeritus*

Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Daniel T. Mamah, M.D., M.P.E.
Andrew E. Skodol II, M.D.
Susan E. Swedo, M.D.

Aspetti relativi al genere e interculturali

Kimberly A. Yonkers, M.D., *Chair*
Roberto Lewis-Fernández, M.D., M.T.S., *Co-Chair, Cross-Cultural Issues*

Renato D. Alarcon, M.D., M.P.H.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Ellen Frank, Ph.D.
James S. Jackson, Ph.D.
Spiro M. Manson, Ph.D. *(2007-2008)*
James P. McNulty, A.B., Sc.B.
Leslie C. Morey, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Roger Peele, M.D.
Philip Wang, M.D., Dr.P.H. *(2007-2012)*
William M. Womack, M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Interfaccia tra psichiatria e medicina generale

Lawson R. Wulsin, M.D., *Chair*

Ronald E. Dahl, M.D.
Joel E. Dimsdale, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Dilip V. Jeste, M.D. *(2007-2011)*
Walter E. Kaufmann, M.D.
Richard E. Kreipe, M.D.
Ronald C. Petersen, Ph.D., M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D.
Robert Taylor Segraves, M.D., Ph.D.
B. Timothy Walsh, M.D.

Compromissione e disabilità

Jane S. Paulsen, PH.D., *Chair*

J. Gavin Andrews, M.D.
Glorisa Canino, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Michelle G. Craske, Ph.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Strumenti di valutazione diagnostica

Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H., *Chair*

Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Research Group per il DSM-5

William E. Narrow, M.D., M.P.H, *Chair*

Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Specificatori di decorso e Glossario

Wolfgang Gaebel, M.D., *Chair*

Ellen Frank, Ph.D.
Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D., *Consultant*
Susan K. Schultz, M.D.
Dan J. Stein, M.D., Ph.D.
Eric A. Taylor, M.B.
David J. Kupfer, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

Classificazione DSM-5

Prima del nome di ogni disturbo sono indicati il codice ICD-9-CM, seguito dal codice ICD-10-CM tra parentesi. Le righe vuote indicano che non sono applicabili né il codice ICD-9-CM né il codice ICD-10-CM. Per alcuni disturbi, il codice può essere indicato facendo riferimento al sottotipo o allo specificatore.

Negli Stati Uniti, fino al 30 settembre 2014 devono essere utilizzati i codici ICD-9-CM. I codici ICD-10-CM dovranno essere utilizzati a partire dal 1° ottobre 2014.

Dopo i titoli dei capitoli e i nomi dei disturbi viene fornita, tra parentesi, l'indicazione del numero di pagina del testo o dei criteri.

Nota per tutti i disturbi mentali dovuti a un'altra condizione medica: Indicare il nome dell'altra condizione medica nel nome del disturbo mentale dovuto a [condizione medica]. Il codice e il nome dell'altra condizione medica devono essere elencati prima del disturbo mentale dovuto alla condizione medica.

Disturbi del neurosviluppo (35)

Disabilità intellettive (37)

__.__	(___.__)	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo) (37)
		Specificare la gravità attuale:
317	(F70)	Lieve
318.0	(F71)	Moderata
318.1	(F72)	Grave
318.2	(F73)	Estrema
315.8	(F88)	Ritardo globale dello sviluppo (47)
319	(F79)	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo) senza specificazione (47)

Disturbi della comunicazione (47)

315.32	(F80.2)	Disturbo del linguaggio (48)
315.39	(F80.0)	Disturbo fonetico-fonologico (50)
315.35	(F80.81)	Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (Balbuzie) (52)
		Nota: I casi con esordio tardivo sono diagnosticati come 307.0 (F98.5) Disturbo della fluenza con esordio nell'età adulta.
315.39	(F80.89)	Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) (55)
307.9	(F80.9)	Disturbo della comunicazione senza specificazione (57)

Disturbo dello spettro dell'autismo (57)

299.00 (F84.0) Disturbo dello spettro dell'autismo (57)

Specificare se: Associato a una condizione medica o genetica nota o a un fattore ambientale; Associato a un altro disturbo del neurosviluppo, mentale o comportamentale

Specificare la gravità attuale per il Criterio A e il Criterio B: È necessario un supporto molto significativo; È necessario un supporto significativo; È necessario un supporto

Specificare se: Con o senza compromissione intellettiva associata; Con o senza compromissione del linguaggio associata; Con catatonia (utilizzare il codice aggiuntivo 293.89 [F06.1])

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (68)

___.__ (___.__) Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (68)

Specificare quale:

314.01 (F90.2) Manifestazione combinata

314.00 (F90.0) Manifestazione con disattenzione predominante

314.01 (F90.1) Manifestazione con iperattività/impulsività predominanti

Specificare se: In remissione parziale

Specificare la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave

314.01 (F90.8) Disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altra specificazione (76)

314.01 (F90.9) Disturbo da deficit di attenzione/iperattività senza specificazione (76)

Disturbo specifico dell'apprendimento (77)

___.__ (___.__) Disturbo specifico dell'apprendimento (77)

Specificare se:

315.00 (F81.0) Con compromissione della lettura (*specificare* se nell'accuratezza nella lettura delle parole, nella velocità o fluenza della lettura, nella comprensione del testo)

315.2 (F81.81) Con compromissione dell'espressione scritta (*specificare* se nell'accuratezza nello spelling, nell'accuratezza nella grammatica e nella punteggiatura, nella chiarezza/organizzazione dell'espressione scritta)

315.1 (F81.2) Con compromissione del calcolo (*specificare* se nel concetto di numero, nella memorizzazione di fatti aritmetici, nel calcolo accurato o fluente, nel ragionamento matematico corretto)

Specificare la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave

Disturbi del movimento (86)

315.4 (F82) Disturbo dello sviluppo della coordinazione (86)

307.3 (F98.4) Disturbo da movimento stereotipato (90)

Specificare se: Con comportamento autolesivo; Senza comportamento autolesivo

Specificare se: Associato a una condizione medica o genetica nota, a un disturbo del neurosviluppo o a un fattore ambientale

Specificare la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave

Disturbi da tic

307.23 (F95.2) Disturbo di Tourette (94)

307.22 (F95.1) Disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali (95)

Specificare se: Con solo tic motori; Con solo tic vocali

307.21 (F95.0) Disturbo transitorio da tic (95)

307.20 (F95.8) Disturbo da tic con altra specificazione (99)

307.20 (F95.9) Disturbo da tic senza specificazione (100)

Altri disturbi del neurosviluppo (100)

315.8 (F88) Disturbo del neurosviluppo con altra specificazione (100)

315.9 (F89) Disturbo del neurosviluppo senza specificazione (100)

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici (101)

I seguenti specificatori si applicano ai Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici dove indicato:

[a]*Specificare* se: I seguenti specificatori del decorso devono essere usati solo dopo 1 anno di durata del disturbo: Primo episodio, attualmente in episodio acuto; Primo episodio, attualmente in remissione parziale; Primo episodio, attualmente in remissione completa; Episodi multipli, attualmente in episodio acuto; Episodi multipli, attualmente in remissione parziale; Episodi multipli, attualmente in remissione completa; Continuo; Non specificato

[b]*Specificare* se: Con catatonia (utilizzare il codice aggiuntivo 293.89 [F06.1])

[c]*Specificare* la gravità attuale di deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale, sintomi negativi, deficit cognitivi, depressione e sintomi maniacali

301.22 (F21) Disturbo schizotipico (di personalità) (105)

297.1 (F22) Disturbo delirante[a,c] (105)

Specificare quale: Tipo erotomanico; Tipo di grandezza; Tipo di gelosia; Tipo di persecuzione; Tipo somatico; Tipo misto; Tipo senza specificazione

Specificare se: Con contenuto bizzarro

298.8 (F23) Disturbo psicotico breve[b,c] (109)

Specificare se: Con marcato/i fattore/i di stress; Senza marcato/i fattore/i di stress; Con esordio nel postpartum

295.40 (F20.81) Disturbo schizofreniforme[b,c] (112)

Specificare se: Con caratteristiche prognostiche favorevoli; Senza caratteristiche prognostiche favorevoli

295.90 (F20.9) Schizofrenia[a,b,c] (115)

___.__ (___.__) Disturbo schizoaffettivo[a,b,c] (122)

Specificare quale:

295.70 (F25.0) Tipo bipolare

295.70 (F25.1) Tipo depressivo

___.__ (___.__) Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci[c] (128)

Nota: Si vedano il set di criteri e le corrispondenti procedure di registrazione per i codici specifici per la sostanza e per la codifica ICD-9-CM e ICD-10-CM.

Specificare se: Con esordio durante l'intossicazione; Con esordio durante l'astinenza

___.__ (___.__) Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica[c] (133)
Specificare quale:
293.81 (F06.2) Con deliri
293.82 (F06.0) Con allucinazioni
293.89 (F06.1) Catatonia associata a un altro disturbo mentale (Specificatore della catatonia) (138)
293.89 (F06.1) Disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica (139)
293.89 (F06.1) Catatonia senza specificazione (140)
Nota: Codificare prima 781.99 (R29.818) altri sintomi che coinvolgono i sistemi nervoso e muscoloscheletrico.
298.8 (F28) Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione (140)
298.9 (F29) Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione (141)

Disturbo bipolare e disturbi correlati (143)

I seguenti specificatori si applicano al Disturbo bipolare e disturbi correlati dove indicato:
[a]*Specificare*: Con ansia (*specificare* la gravità attuale: lieve, moderata, moderata-grave, grave); Con caratteristiche miste; Con cicli rapidi; Con caratteristiche melancoliche; Con caratteristiche atipiche; Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore; Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore; Con catatonia (utilizzare il codice aggiuntivo 293.89 [F06.1]); Con esordio nel peripartum; Con andamento stagionale

___.__ (___.__) Disturbo bipolare I[a] (144)
___.__ (___.__) Attuale o più recente episodio maniacale
296.41 (F31.11) Lieve
296.42 (F31.12) Moderato
296.43 (F31.13) Grave
296.44 (F31.2) Con caratteristiche psicotiche
296.45 (F31.73) In remissione parziale
296.46 (F31.74) In remissione completa
296.40 (F31.9) Non specificato
296.40 (F31.0) Attuale o più recente episodio ipomaniacale
296.45 (F31.71) In remissione parziale
296.46 (F31.72) In remissione completa
296.40 (F31.9) Non specificato
___.__ (___.__) Attuale o più recente episodio depressivo
296.51 (F31.31) Lieve
296.52 (F31.32) Moderato
296.53 (F31.4) Grave
296.54 (F31.5) Con caratteristiche psicotiche
296.55 (F31.75) In remissione parziale
296.56 (F31.76) In remissione completa
296.50 (F31.9) Non specificato
296.7 (F31.9) Attuale o più recente episodio non specificato

296.89 (F31.81) Disturbo bipolare II[a] (154)
Specificare l'attuale o più recente episodio: Ipomaniacale; Depressivo
Specificare il decorso se attualmente non sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio di alterazione dell'umore: In remissione parziale; In remissione completa
Specificare la gravità se attualmente sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio di alterazione dell'umore: Lieve; Moderata; Grave
301.13 (F34.0) Disturbo ciclotimico (162)
Specificare se: Con ansia
___.__ (___.__) Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci (164)
Nota: Si vedano il set di criteri e le corrispondenti procedure di registrazione per i codici specifici per la sostanza e per la codifica ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Specificare se: Con esordio durante l'intossicazione; Con esordio durante l'astinenza
293.83 (___.__) Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica (168)
Specificare se:
(F06.33) Con caratteristiche maniacali
(F06.33) Con episodio simil-maniacale o simil-ipomaniacale
(F06.34) Con caratteristiche miste
296.89 (F31.89) Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione (171)
296.80 (F31.9) Disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione (172)

Disturbi depressivi (179)

I seguenti specificatori si applicano ai Disturbi depressivi dove indicato:
[a]*Specificare*: Con ansia (*specificare* la gravità attuale: lieve, moderata, moderata-grave, grave); Con caratteristiche miste; Con caratteristiche melancoliche; Con caratteristiche atipiche; Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore; Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore; Con catatonia (utilizzare il codice aggiuntivo 293.89 [F06.1]); Con esordio nel peripartum; Con andamento stagionale

296.99 (F34.8) Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (180)
___.__ (___.__) Disturbo depressivo maggiore[a] (185)
___.__ (___.__) Episodio singolo
296.21 (F32.0) Lieve
296.22 (F32.1) Moderata
296.23 (F32.2) Grave
296.24 (F32.3) Con caratteristiche psicotiche
296.25 (F32.4) In remissione parziale
296.26 (F32.5) In remissione completa
296.20 (F32.9) Non specificato
___.__ (___.__) Episodio ricorrente

296.31 (F33.0) Lieve
296.32 (F33.1) Moderata
296.33 (F33.2) Grave
296.34 (F33.3) Con caratteristiche psicotiche
296.35 (F33.41) In remissione parziale
296.36 (F33.42) In remissione completa
296.30 (F33.9) Non specificato

300.4 (F34.1) Disturbo depressivo persistente (Distimia)[a] (194)
Specificare se: In remissione parziale; In remissione completa
Specificare se: Con esordio precoce; Con esordio tardivo
Specificare se: Con sindrome distimica pura; Con episodio depressivo maggiore persistente; Con episodi depressivi maggiori intermittenti, con episodio attuale; Con episodi depressivi maggiori intermittenti, senza episodio attuale
Specificare la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave

625.4 (N94.3) Disturbo disforico premestruale (198)

___.__ (___.__) Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci (202)
Nota: Si vedano il set di criteri e le corrispondenti procedure di registrazione per i codici specifici per la sostanza e per i codici ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Specificare se: Con esordio durante l'intossicazione; Con esordio durante l'astinenza

293.83 (___.__) Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica (208)
Specificare se:
(F06.31) Con caratteristiche depressive
(F06.32) Con episodio simil-depressivo maggiore
(F06.34) Con caratteristiche miste

311 (F32.8) Disturbo depressivo con altra specificazione (211)
311 (F32.9) Disturbo depressivo senza specificazione (212)

Disturbi d'ansia (217)

309.21 (F93.0) Disturbo d'ansia di separazione (219)
313.23 (F94.0) Mutismo selettivo (224)
300.29 (___.__) Fobia specifica (227)
Specificare se:
(F40.218) Animale
(F40.228) Ambiente naturale
(___.__) Sangue-iniezioni-ferite
(F40.230) Paura del sangue
(F40.231) Paura delle iniezioni e delle trasfusioni
(F40.232) Paura di altre cure mediche
(F40.233) Paura delle ferite

(F40.248) Situazionale
(F40.298) Altro

300.23 (F40.10) Disturbo d'ansia sociale (Fobia sociale) (233)
Specificare se: Legata solo alla performance

300.01 (F41.0) Disturbo di panico (240)
___.__ (___.__) Specificatore dell'attacco di panico (247)

300.22 (F40.00) Agorafobia (251)
300.02 (F41.1) Disturbo d'ansia generalizzata (256)

___.__ (___.__) Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci (261)
Nota: Si vedano il set di criteri e le corrispondenti procedure di registrazione per i codici specifici per la sostanza e per i codici ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Specificare se: Con esordio durante l'intossicazione; Con esordio durante l'astinenza; Con esordio dopo l'uso di un farmaco

293.84 (F06.4) Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica (265)
300.09 (F41.8) Disturbo d'ansia con altra specificazione (269)
300.00 (F41.9) Disturbo d'ansia senza specificazione (269)

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati (271)

I seguenti specificatori si applicano al Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dove indicato:
[a]*Specificare* se: Con insight buono o sufficiente; Con insight scarso; Con insight assente/convinzioni deliranti

300.3 (F42) Disturbo ossessivo-compulsivo[a] (273)
Specificare se: Correlato a tic

300.7 (F45.22) Disturbo di dismorfismo corporeo[a] (280)
Specificare se: Con dismorfia muscolare

300.3 (F42) Disturbo da accumulo[a] (286)
Specificare se: Con acquisizione eccessiva

312.39 (F63.3) Tricotillomania (Disturbo da strappamento di peli) (291)
698.4 (L98.1) Disturbo da escoriazione (Stuzzicamento della pelle) (295)

___.__ (___.__) Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci (298)
Nota: Si vedano il set di criteri e le corrispondenti procedure di registrazione per i codici specifici per la sostanza e per i codici ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Specificare se: Con esordio durante l'intossicazione; Con esordio durante l'astinenza; Con esordio dopo l'uso di un farmaco

294.8 (F06.8) Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica (302)
Specificare se: Con sintomi simili al disturbo ossessivo-compulsivo; Con preoccupazioni relative all'aspetto; Con sintomi di accumulo; Con sintomi di strappamento di peli; Con sintomi di stuzzicamento della pelle

300.3 (F42) Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione (305)

300.3 (F42) Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione (306)

Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti (307)

313.89 (F94.1) Disturbo reattivo dell'attaccamento (307)
Specificare se: Persistente
Specificare la gravità attuale: Grave

313.89 (F94.2) Disturbo da impegno sociale disinibito (311)
Specificare se: Persistente
Specificare la gravità attuale: Grave

309.81 (F43.10) Disturbo da stress post-traumatico (include il Disturbo da stress post-traumatico nei bambini sotto i 6 anni) (314)
Specificare se: Acuto; Persistente (cronico)
Specificare quale: Con sintomi dissociativi
Specificare se: Con espressione ritardata

308.3 (F43.0) Disturbo da stress acuto (325)

___.__ (___.__) Disturbi dell'adattamento (332)
Specificare quale:

309.0 (F43.21) Con umore depresso
309.24 (F43.22) Con ansia
309.28 (F43.23) Con ansia e umore depresso misti
309.3 (F43.24) Con alterazione della condotta
309.4 (F43.25) Con alterazione mista dell'emotività e della condotta
309.9 (F43.20) Non specificati

309.89 (F43.8) Disturbo correlato a aventi traumatici e stressanti con altra specificazione (335)

309.9 (F43.9) Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti senza specificazione (336)

Disturbi dissociativi (337)

300.14 (F44.81) Disturbo dissociativo dell'identità (338)

300.12 (F44.0) Amnesia dissociativa (345)
Specificare se:

300.13 (F44.1) Con fuga dissociativa

300.6 (F48.1) Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione (350)

300.15 (F44.89) Disturbo dissociativo con altra specificazione (355)

300.15 (F44.9) Disturbo dissociativo senza specificazione (356)

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati (357)

300.82 (F45.1) Disturbo da sintomi somatici (359)
Specificare se: Con dolore predominante
Specificare se: Persistente
Specificare la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave

300.7 (F45.21) Disturbo da ansia di malattia (364)
Specificare quale: Tipo richiedente l'assistenza; Tipo evitante l'assistenza

300.11 (___.__) Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali) (368)
Specificare il tipo di sintomatologia:

(F44.4) Con debolezza o paralisi
(F44.4) Con movimento anomalo
(F44.4) Con sintomi riguardanti la deglutizione
(F44.4) Con sintomi riguardanti l'eloquio
(F44.5) Con attacchi epilettiformi o convulsioni
(F44.6) Con anestesia o perdita di sensibilità
(F44.6) Con sintomi sensoriali specifici
(F44.7) Con sintomi misti

Specificare se: Episodio acuto; Persistente
Specificare se: Con fattore psicologico stressante (specificare il fattore stressante); Senza fattore psicologico stressante

316 (F54) Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche (372)
Specificare la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave; Estrema

300.19 (F68.10) Disturbo fittizio (include Disturbo fittizio provocato a sé, Disturbo fittizio provocato ad altri) (375)
Specificare: Episodio singolo; Episodi ricorrenti

300.89 (F45.8) Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione (378)

300.82 (F45.9) Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione (378)

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (379)

I seguenti specificatori si applicano ai Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dove indicato:
[a]*Specificare* se: In remissione
[b]*Specificare* se: In remissione parziale; In remissione completa
[c]*Specificare* la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave; Estrema

307.52 (___.__) Pica[a] (380)

(F98.3) Nei bambini
(F50.8) Negli adulti

307.53 (F98.21) Disturbo da ruminazione[a] (382)

307.59 (F50.8) Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (385)
307.1 (___.__) Anoressia nervosa[b,c] (391)
Specificare quale:
(F50.01) Tipo con restrizioni
(F50.02) Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione
307.51 (F50.2) Bulimia nervosa[b,c] (396)
307.51 (F50.8) Disturbo da binge-eating[b,c] (404)
307.59 (F50.8) Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione (408)
307.50 (F50.9) Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione (409)

Disturbi dell'evacuazione (411)

307.6 (F98.0) Enuresi (411)
Specificare quale: Solo notturna; Solo diurna; Notturna e diurna
307.7 (F98.1) Encopresi (414)
Specificare quale: Con costipazione e incontinenza da sovrariempimento; Senza costipazione e incontinenza da sovrariempimento
___.__ (___.__) Disturbo dell'evacuazione con altra specificazione (416)
788.39 (N39.498) Con sintomi urinari
787.60 (R15.9) Con sintomi fecali
___.__ (___.__) Disturbo dell'evacuazione senza specificazione (417)
788.30 (R32) Con sintomi urinari
787.60 (R15.9) Con sintomi fecali

Disturbi del sonno-veglia (419)

I seguenti specificatori si applicano ai Disturbi del sonno-veglia dove indicato:
[a]*Specificare* se: Episodico; Cronico; Ricorrente
[b]*Specificare* se: Acuto; Subacuto; Persistente
[c]*Specificare* la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave

307.42 (F51.01) Disturbo da insonnia[a] (420)
Specificare se: Comorbilità con un disturbo mentale non correlato al sonno; Comorbilità con un'altra condizione medica; Comorbilità con un altro disturbo del sonno
307.44 (F51.11) Disturbo da ipersonnolenza[b,c] (428)
Specificare se: Con un disturbo mentale; Con una condizione medica; Con un altro disturbo del sonno
___.__ (___.__) Narcolessia[c] (433)
Specificare quale:
347.00 (G47.419) Narcolessia senza cataplessia ma con carenza di ipocretina
347.01 (G47.411) Narcolessia con cataplessia ma senza carenza di ipocretina
347.00 (G47.419) Atassia cerebellare autosomica dominante, sordità e narcolessia

347.00 (G47.419) Narcolessia autosomica dominante, obesità e diabete tipo 2
347.10 (G47.429) Narcolessia secondaria a un'altra condizione medica

Disturbi del sonno correlati alla respirazione (440)

327.23 (G47.33) Apnea/ipopnea ostruttiva del sonno[c] (440)
___.__ (___.__) Apnea centrale del sonno (446)
Specificare quale:
327.21 (G47.31) Apnea centrale idiopatica del sonno
786.04 (R06.3) Respiro di Cheyne-Stokes
780.57 (G47.37) Apnea centrale del sonno in comorbilità con uso di oppiacei
Nota: Codificare prima il disturbo da uso di oppiacei, se presente.
Specificare la gravità attuale
___.__ (___.__) Ipoventilazione correlata al sonno (450)
Specificare quale:
327.24 (G47.34) Ipoventilazione idiopatica
327.25 (G47.35) Ipoventilazione alveolare centrale congenita
327.26 (G47.36) Ipoventilazione correlata al sonno in comorbilità
Specificare la gravità attuale
___.__ (___.__) Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia[a] (454)
Specificare quale:
307.45 (G47.21) Tipo fase di sonno ritardata (455)
Specificare se: Familiare; Sovrapposizione con tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore
307.45 (G47.22) Tipo fase di sonno anticipata (457)
Specificare se: Familiare
307.45 (G47.23) Tipo ritmo sonno-veglia irregolare (459)
307.45 (G47.24) Tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore (460)
307.45 (G47.26) Tipo lavoro con turni (462)
307.45 (G47.20) Tipo non specificato

Parasonnie (464)

___.__ (___.__) Disturbi dell'arousal del sonno non-REM (464)
Specificare quale:
307.46 (F51.3) Tipo sonnambulismo
Specificare se: Con alimentazione correlata al sonno; Con comportamento sessuale correlato al sonno (sexsomnia)
307.46 (F51.4) Tipo terrore nel sonno
307.47 (F51.5) Disturbo da incubi[b,c] (470)
Specificare se: Durante l'esordio del sonno
Specificare se: Con un disturbo associato non relativo al sonno, compresi i disturbi da uso di sostanze; Con un'altra condizione medica associata; Con un altro disturbo del sonno associato
327.42 (G47.52) Disturbo comportamentale del sonno REM (474)

333.94 (G25.81) Sindrome delle gambe senza riposo (478)

___.__ (___.__) Disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci (482)

Nota: Si vedano il set di criteri e le corrispondenti procedure di registrazione per i codici specifici per la sostanza e per i codici ICD-9-CM e ICD-10-CM.

Specificare quale: Tipo insonnia; Tipo sonnolenza diurna; Tipo parasonnia; Tipo misto

Specificare se: Con esordio durante l'intossicazione; Con esordio durante la sospensione/astinenza

780.52 (G47.09) Disturbo da insonnia con altra specificazione (489)

780.52 (G47.00) Disturbo da insonnia senza specificazione (490)

780.54 (G47.19) Disturbo da ipersonnolenza con altra specificazione (490)

780.54 (G47.10) Disturbo da ipersonnolenza senza specificazione (490)

780.59 (G47.8) Disturbo del sonno-veglia con altra specificazione (490)

780.59 (G47.9) Disturbo del sonno-veglia senza specificazione (491)

Disfunzioni sessuali (493)

I seguenti specificatori si applicano alle Disfunzioni sessuali dove indicato:
[a]*Specificare* quale: Permanente; Acquisita
[b]*Specificare* quale: Generalizzata; Situazionale
[c]*Specificare* la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave

302.74 (F52.32) Eiaculazione ritardata[a, b, c] (494)

302.72 (F52.21) Disturbo erettile[a, b, c] (497)

302.73 (F52.31) Disturbo dell'orgasmo femminile[a, b, c] (501)

Specificare se: Non ha mai avuto un orgasmo in nessuna situazione

302.72 (F52.22) Disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile[a, b, c] (505)

302.76 (F52.6) Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione[a, c] (509)

302.71 (F52.0) Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile[a, b, c] (514)

302.75 (F52.4) Eiaculazione precoce[a, b, c] (517)

___.__ (___.__) Disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci[c] (520)

Nota: Si vedano il set di criteri e le corrispondenti procedure di registrazione per i codici specifici per la sostanza e per i codici ICD-9-CM e ICD-10-CM.

Specificare se: Con esordio durante l'intossicazione; Con esordio durante l'astinenza; Con esordio dopo l'uso di un farmaco

302.79 (F52.8) Disfunzione sessuale con altra specificazione (525)

302.70 (F52.9) Disfunzione sessuale senza specificazione (525)

Disforia di genere (527)

___.__ (___.__) Disforia di genere (528)

302.6 (F64.2) Disforia di genere nei bambini

Specificare se: Con un disturbo dello sviluppo sessuale

302.85 (F64.1) Disforia di genere negli adolescenti e negli adulti

Specificare se: Con un disturbo dello sviluppo sessuale

Specificare se: Post-transizione

Nota: Codificare il disturbo dello sviluppo sessuale se presente, in aggiunta alla disforia di genere.

302.6 (F64.8) Disforia di genere con altra specificazione (537)

302.6 (F64.9) Disforia di genere senza specificazione (537)

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta (539)

313.81 (F91.3) Disturbo oppositivo provocatorio (540)

Specificare la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave

312.34 (F63.81) Disturbo esplosivo intermittente (545)

___.__ (___.__) Disturbo della condotta (549)

Specificare quale:

312.81 (F91.1) Tipo con esordio nell'infanzia

312.82 (F91.2) Tipo con esordio nell'adolescenza

312.89 (F91.9) Esordio non specificato

Specificare se: Con emozioni prosociali limitate

Specificare la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave

301.7 (F60.2) Disturbo antisociale di personalità (557)

312.33 (F63.1) Piromania (557)

312.32 (F63.2) Cleptomania (559)

312.89 (F91.8) Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione (561)

312.9 (F91.9) Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta senza specificazione (561)

Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction (563)

I seguenti specificatori e note si applicano ai Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction dove indicato:
[a]*Specificare* se: In remissione precoce; In remissione protratta
[b]*Specificare* se: In ambiente controllato
[c]*Specificare* se: Con alterazioni percettive
[d]Il codice ICD-10-CM indica la presenza in comorbilità di un disturbo da uso di sostanze moderato o grave, che deve essere presente per poter utilizzare il codice per l'astinenza da sostanza.

Disturbi correlati a sostanze (565)

Disturbi correlati all'alcol (574)

___.__ (___.__) Disturbo da uso di alcol[a, b] (574)

Specificare la gravità attuale:

305.00 (F10.10) Lieve

303.90 (F10.20) Moderata

303.90 (F10.20) Grave

303.00 (___.__) Intossicazione da alcol (582)
(F10.129) Con disturbo da uso, lieve
(F10.229) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F10.929) Senza disturbo da uso
291.81 (___.__) Astinenza da alcol[c,d] (585)
(F10.239) Senza alterazioni percettive
(F10.232) Con alterazioni percettive
___.__ (___.__) Altri disturbi indotti da alcol (587)
291.9 (F10.99) Disturbo correlato all'alcol senza specificazione (589)

Disturbi correlati alla caffeina (589)

305.90 (F15.929) Intossicazione da caffeina (589)
292.0 (F15.93) Astinenza da caffeina (592)
___.__ (___.__) Altri disturbi indotti da caffeina (595)
292.9 (F15.99) Disturbo correlato alla caffeina senza specificazione (595)

Disturbi correlati alla cannabis (596)

___.__ (___.__) Disturbo da uso di cannabis[a,b] (596)
Specificare la gravità attuale:
305.20 (F12.10) Lieve
304.30 (F12.20) Moderata
304.30 (F12.20) Grave
292.89 (___.__) Intossicazione da cannabis[c] (604)
Senza alterazioni percettive
(F12.129) Con disturbo da uso, lieve
(F12.229) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F12.929) Senza disturbo da uso
Con alterazioni percettive
(F12.122) Con disturbo da uso, lieve
(F12.222) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F12.922) Senza disturbo da uso
292.0 (F12.288) Astinenza da cannabis[d] (606)
___.__ (___.__) Altri disturbi indotti da cannabis (608)
292.9 (F12.99) Disturbo correlato alla cannabis senza specificazione (608)

Disturbi correlati agli allucinogeni (608)

___.__ (___.__) Disturbo da uso di fenciclidina[a,b] (609)
Specificare la gravità attuale:
305.90 (F16.10) Lieve
304.60 (F16.20) Moderata
304.60 (F16.20) Grave

___.__ (___.__) Disturbo da uso di altri allucinogeni[a,b] (612)
Specificare l'allucinogeno
Specificare la gravità attuale:
305.30 (F16.10) Lieve
304.50 (F16.20) Moderata
304.50 (F16.20) Grave
292.89 (___.__) Intossicazione da fenciclidina (617)
(F16.129) Con disturbo da uso, lieve
(F16.229) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F16.929) Senza disturbo da uso
292.89 (___.__) Intossicazione da altri allucinogeni (619)
(F16.129) Con disturbo da uso, lieve
(F16.229) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F16.929) Senza disturbo da uso
292.89 (F16.983) Disturbo percettivo persistente da allucinogeni (620)
___.__ (___.__) Altri disturbi indotti da fenciclidina (622)
___.__ (___.__) Disturbi indotti da altri allucinogeni (622)
292.9 (F16.99) Disturbo correlato alla fenciclidina senza specificazione (623)
292.9 (F16.99) Disturbo correlato agli allucinogeni senza specificazione (623)

Disturbi correlati agli inalanti (623)

___.__ (___.__) Disturbo da uso di inalanti[a,b] (623)
Specificare l'inalante
Specificare la gravità attuale:
305.90 (F18.10) Lieve
304.60 (F18.20) Moderata
304.60 (F18.20) Grave
292.89 (___.__) Intossicazione da inalanti (628)
(F18.129) Con disturbo da uso, lieve
(F18.229) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F18.929) Senza disturbo da uso
___.__ (___.__) Altri disturbi indotti da inalanti (631)
292.9 (F18.99) Disturbo correlato agli inalanti senza specificazione (631)

Disturbi correlati agli oppiacei (631)

___.__ (___.__) Disturbo da uso di oppiacei[a] (632)
Specificare se: In terapia agonista; In ambiente controllato
Specificare la gravità attuale:
305.50 (F11.10) Lieve
304.00 (F11.20) Moderata
304.00 (F11.20) Grave

292.89 (___.__) Intossicazione da oppiacei[c] (638)
Senza alterazioni percettive
(F11.129) Con disturbo da uso, lieve
(F11.229) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F11.929) Senza disturbo da uso
Con alterazioni percettive
(F11.122) Con disturbo da uso, lieve
(F11.222) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F11.922) Senza disturbo da uso
292.0 (F11.23) Astinenza da oppiacei[d] (639)
___.__ (___.__) Altri disturbi indotti da oppiacei (642)
292.9 (F11.99) Disturbo correlato agli oppiacei senza specificazione (642)

Disturbi correlati a sedativi, ipnotici o ansiolitici (642)

___.__ (___.__) Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici[a,b] (642)
Specificare la gravità attuale:
305.40 (F13.10) Lieve
304.10 (F13.20) Moderata
304.10 (F13.20) Grave
292.89 (___.__) Intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici (649)
(F13.129) Con disturbo da uso, lieve
(F13.229) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F13.929) Senza disturbo da uso
292.0 (___.__) Astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici[c,d] (651)
(F13.239) Senza alterazioni percettive
(F13.232) Con alterazioni percettive
___.__ (___.__) Altri disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici (654)
292.9 (F13.99) Disturbo correlato a sedativi, ipnotici o ansiolitici senza specificazione (654)

Disturbi correlati agli stimolanti (654)

___.__ (___.__) Disturbo da uso di stimolanti[a,b] (654)
Specificare la gravità attuale:
___.__ (___.__) Lieve
305.70 (F15.10) Sostanze amfetaminosimili
305.60 (F14.10) Cocaina
305.70 (F15.10) Altri o non specificati stimolanti
___.__ (___.__) Moderata
304.40 (F15.20) Sostanze amfetaminosimili
304.20 (F14.20) Cocaina
304.40 (F15.20) Altri o non specificati stimolanti
___.__ (___.__) Grave

304.40 (F15.20) Sostanze amfetaminosimili
304.20 (F14.20) Cocaina
304.40 (F15.20) Altri o non specificati stimolanti
292.89 (___.__) Intossicazione da stimolanti[c] (661)
Specificare l'intossicante
292.89 (___.__) Amfetamine o altro stimolante, senza alterazioni percettive
(F15.129) Con disturbo da uso, lieve
(F15.229) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F15.929) Senza disturbo da uso
292.89 (___.__) Cocaina, senza alterazioni percettive
(F14.129) Con disturbo da uso, lieve
(F14.229) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F14.929) Senza disturbo da uso
292.89 (___.__) Amfetamine o altro stimolante, con alterazioni percettive
(F15.122) Con disturbo da uso, lieve
(F15.222) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F15.922) Senza disturbo da uso
292.89 (___.__) Cocaina, con alterazioni percettive
(F14.122) Con disturbo da uso, lieve
(F14.222) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F14.922) Senza disturbo da uso
292.0 (___.__) Astinenza da stimolanti[d] (663)
Specificare la sostanza che induce la sindrome da astinenza
(F15.23) Amfetamine o altro stimolante
(F14.23) Cocaina
___.__ (___.__) Altri disturbi indotti da stimolanti (665)
292.9 (___.__) Disturbo correlato agli stimolanti senza specificazione (665)
(F15.99) Amfetamina o altro stimolante
(F14.99) Cocaina

Disturbi correlati al tabacco (665)

___.__ (___.__) Disturbo da uso di tabacco[a] (666)
Specificare se: In terapia agonista; In ambiente controllato
Specificare la gravità attuale:
305.1 (Z72.0) Lieve
305.1 (F17.200) Moderata
305.1 (F17.200) Grave
292.0 (F17.203) Astinenza da tabacco[d] (670)
___.__ (___.__) Altri disturbi indotti da tabacco (672)
292.9 (F17.209) Disturbo correlato al tabacco senza specificazione (672)

Disturbi correlati ad altre (o sconosciute) sostanze (672)

___.__ (___.__) Disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza[a,b] (672)
Specificare la gravità attuale:
305.90 (F19.10) Lieve
304.90 (F19.20) Moderata
304.90 (F19.20) Grave
292.89 (___.__) Disturbo da intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza (676)
(F19.129) Con disturbo da uso, lieve
(F19.229) Con disturbo da uso, moderata o grave
(F19.929) Senza disturbo da uso
292.0 (F19.239) Astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza[d] (678)
___.__ (___.__) Disturbi indotti da altre (o sconosciute) sostanze (680)
292.9 (F19.99) Disturbo correlato ad altra (o sconosciuta) sostanza senza specificazione (681)

Disturbi non correlati a sostanze (681)

312.31 (F63.0) Disturbo da gioco d'azzardo[a] (681)
Specificare se: Episodico; Persistente
Specificare la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave

Disturbi neurocognitivi (687)

___.__ (___.__) Delirium (692)
[a]Nota: Si vedano il set di criteri e le corrispondenti procedure di registrazione per i codici specifici per la sostanza e per i codici ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Specificare quale:
___.__ (___.__) Delirium da intossicazione da sostanze[a]
___.__ (___.__) Delirium da astinenza da sostanze[a]
292.81 (___.__) Delirium indotto da farmaci[a]
293.0 (F05) Delirium dovuto a un'altra condizione medica
293.0 (F05) Delirium dovuto a eziologie molteplici
Specificare se: Acuto; Persistente
Specificare se: Livello di attività iperattivo; Livello di attività ipoattivo; Livello di attività misto
780.09 (R41.0) Delirium con altra specificazione (698)
780.09 (R41.0) Delirium senza specificazione (699)

Disturbi neurocognitivi maggiori e lievi (699)

Specificare se dovuti a: Malattia di Alzheimer; Degenerazione frontotemporale; Malattia a corpi di Lewy; Malattia vascolare; Trauma cranico; Uso di sostanze/farmaci; Infezione da HIV; Malattie da prioni; Morbo di Parkinson; Malattia di Huntington; Altra condizione medica; Eziologie molteplici; Non specificata
[a]*Specificare*: Senza alterazione comportamentale; Con alterazione comportamentale. *Per il Disturbo neurocognitivo lieve, le alterazioni comportamentali non possono essere codificate, ma dovrebbero comunque essere indicate per iscritto.*

[b]*Specificare* la gravità attuale: Lieve; Moderata; Grave. *Questi specificatori si applicano solo ai Disturbi neurocognitivi maggiori (inclusi probabile e possibile).*
Nota: Come indicato per ciascun sottotipo, un codice medico aggiuntivo è necessario per il Probabile disturbo neurocognitivo maggiore o per il Disturbo neurocognitivo maggiore. Un codice medico aggiuntivo *non* deve essere usato per il Possibile disturbo neurocognitivo maggiore o per il Disturbo neurocognitivo lieve.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer (709)

___.__ (___.__) Probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Alzheimer[b]
Nota: Codificare prima 331.0 (G30.9) malattia di Alzheimer.
294.11 (F02.81) Con alterazione comportamentale
294.10 (F02.80) Senza alterazione comportamentale
331.9 (G31.9) Possibile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Alzheimer[b]
331.83 (G31.84) Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattia di Alzheimer[a]

Disturbo neurocognitivo frontotemporale maggiore o lieve (713)

___.__ (___.__) Probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a degenerazione frontotemporale[b]
Nota: Codificare prima 331.19 (G31.09) degenerazione frontotemporale.
294.11 (F02.81) Con alterazione comportamentale
294.10 (F02.80) Senza alterazione comportamentale
331.9 (G31.9) Possibile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a degenerazione frontotemporale[b]
331.83 (G31.84) Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a degenerazione frontotemporale[a]

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy (717)

___.__ (___.__) Probabile disturbo neurocognitivo maggiore a corpi di Lewy[b]
Nota: Codificare prima 331.82 (G31.83) malattia a corpi di Lewy.
294.11 (F02.81) Con alterazione comportamentale
294.10 (F02.80) Senza alterazione comportamentale
331.9 (G31.9) Possibile disturbo neurocognitivo maggiore a corpi di Lewy[a,b]
331.83 (G31.84) Disturbo neurocognitivo lieve a corpi di Lewy[a]

Disturbo neurocognitivo vascolare maggiore o lieve (721)

___.__ (___.__) Probabile disturbo neurocognitivo vascolare maggiore dovuto a malattia vascolare[b]
Nota: Nessun codice medico aggiuntivo per la malattia vascolare.
290.40 (F01.51) Con alterazione comportamentale
290.40 (F01.50) Senza alterazione comportamentale
331.9 (G31.9) Possibile disturbo neurocognitivo vascolare maggiore dovuto a malattia vascolare[a,b]
331.83 (G31.84) Disturbo neurocognitivo vascolare lieve[a]

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a trauma cranico (724)

___.__ (___.__) Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico[b]

Nota: Per ICD-9-CM, codificare prima 907.0 effetto tardivo di lesione intracranica senza frattura della teca cranica. Per ICD-10-CM, codificare prima S06.2X9S lesione diffusa cerebrale traumatica con perdita di coscienza di durata non specifica, sequele.

294.11 (F02.81) Con alterazione comportamentale

294.10 (F02.80) Senza alterazione comportamentale

331.83 (G31.84) Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a trauma cranico[a]

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci[a] (728)

Nota: Nessun codice medico aggiuntivo. Si vedano il set di criteri e le corrispondenti procedure di registrazione per i codici specifici per la sostanza e per i codici ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Specificare se: Persistente

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a infezione da HIV (733)

___.__ (___.__) Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a infezione da HIV[b]

Nota: Codificare prima 042 (B20) infezione da HIV.

294.11 (F02.81) Con alterazione comportamentale

294.10 (F02.80) Senza alterazione comportamentale

331.83 (G31.84) Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a infezione da HIV[a]

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattie da prioni (736)

___.__ (___.__) Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattie da prioni[b]

Nota: Codificare prima 046.79 (A81.9) malattia da prioni.

294.11 (F02.81) Con alterazione comportamentale

294.10 (F02.80) Senza alterazione comportamentale

331.83 (G31.84) Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattie da prioni[a]

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson (738)

___.__ (___.__) Probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a morbo di Parkinson[b]

Nota: Codificare prima 332.0 (G20) morbo di Parkinson.

294.11 (F02.81) Con alterazione comportamentale

294.10 (F02.80) Senza alterazione comportamentale

331.9 (G31.9) Possibile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a morbo di Parkinson[a,b]

331.83 (G31.84) Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a morbo di Parkinson[a]

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia di Huntington (741)

___.__ (___.__) Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Huntington[b]

Nota: Codificare prima 333.4 (G10) malattia di Huntington.

294.11 (F02.81) Con alterazione comportamentale

294.10 (F02.80) Senza alterazione comportamentale

331.83 (G31.84) Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattia di Huntington[a]

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a un'altra condizione medica (743)

___.__ (___.__) Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica[b]

Nota: Codificare prima l'altra condizione medica.

294.11 (F02.81) Con alterazione comportamentale

294.10 (F02.80) Senza alterazione comportamentale

331.83 (G31.84) Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a un'altra condizione medica

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a eziologie molteplici (745)

___.__ (___.__) Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici[b]

Nota: Codificare prima tutte le eziologie mediche (con l'eccezione della malattia vascolare).

294.11 (F02.81) Con alterazione comportamentale

294.10 (F02.80) Senza alterazione comportamentale

331.83 (G31.84) Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a eziologie molteplici[a]

Disturbo neurocognitivo senza specificazione (746)

799.59 (R41.9) Disturbo neurocognitivo senza specificazione[a]

Disturbi di personalità (747)

Disturbi di personalità del gruppo A

301.0 (F60.0) Disturbo paranoide di personalità (752)

301.20 (F60.1) Disturbo schizoide di personalità (756)

301.22 (F21) Disturbo schizotipico di personalità (759)

Disturbi di personalità del gruppo B

301.7 (F60.2) Disturbo antisociale di personalità (763)

301.83 (F60.3) Disturbo borderline di personalità (768)

301.50 (F60.4) Disturbo istrionico di personalità (772)

301.81 (F60.81) Disturbo narcisistico di personalità (775)

Disturbi di personalità del gruppo C

301.82 (F60.6) Disturbo evitante di personalità (779)

301.6 (F60.7) Disturbo dipendente di personalità (782)

301.4 (F60.5) Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (786)

Altri disturbi di personalità

310.1 (F07.0) Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica (790)

Specificare quale: Tipo labile; Tipo disinibito; Tipo aggressivo; Tipo apatico; Tipo paranoide; Tipo diverso; Tipo combinato; Tipo non specificato

301.89 (F60.89) Disturbo di personalità con altra specificazione (793)

301.9 (F60.9) Disturbo di personalità senza specificazione (793)

Disturbi parafilici (795)

Il seguente specificatore si applica ai Disturbi parafilici dove indicato:
[a]*Specificare* se: In ambiente controllato; In remissione completa

302.82 (F65.3) Disturbo voyeuristico[a] (797)

302.4 (F65.2) Disturbo esibizionistico[a] (800)

Specificare quale: Sessualmente eccitato nell'esibire i genitali a bambini in età prepuberale; Sessualmente eccitato nell'esibire i genitali a individui fisicamente maturi; Sessualmente eccitato nell'esibire i genitali a bambini in età prepuberale e a individui fisicamente maturi

302.89 (F65.81) Disturbo frotteuristico[a] (803)

302.83 (F65.51) Disturbo da masochismo sessuale[a] (806)

Specificare se: Con asfissiofilia

302.84 (F65.52) Disturbo da sadismo sessuale[a] (808)

302.2 (F65.4) Disturbo pedofilico (810)

Specificare quale: Tipo esclusivo; Tipo non esclusivo
Specificare se: Attratto sessualmente da maschi; Attratto sessualmente da femmine; Attratto sessualmente da entrambi
Specificare se: Limitato all'incesto

302.81 (F65.0) Disturbo feticistico[a] (813)

Specificare: Parte/i del corpo; Oggetto/i inanimato/i; Altro

302.3 (F65.1) Disturbo da travestitismo[a] (816)

Specificare se: Con feticismo; Con autoginefilia

302.89 (F65.89) Disturbo parafilico con altra specificazione (819)

302.9 (F65.9) Disturbo parafilico senza specificazione (819)

Altri disturbi mentali (821)

294.8 (F06.8) Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica con altra specificazione (821)

294.9 (F09) Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica senza specificazione (822)

300.9 (F99) Disturbo mentale con altra specificazione (822)

300.9 (F99) Disturbo mentale senza specificazione (822)

Disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci (823)

332.1 (G21.11) Parkinsonismo indotto da neurolettici (823)

332.1 (G21.19) Parkinsonismo indotto da altri farmaci (823)

333.92 (G21.0) Sindrome maligna da neurolettici (824)

333.72 (G24.02) Distonia acuta indotta da farmaci (826)

333.99 (G25.71) Acatisia acuta indotta da farmaci (826)

333.85 (G24.01) Discinesia tardiva (826)

333.72 (G24.09) Distonia tardiva (827)

333.99 (G25.71) Acatisia tardiva (827)

333.1 (G25.1) Tremore posturale indotto da farmaci (827)

333.99 (G25.79) Altri disturbi del movimento indotti da farmaci (827)

___.__ (___.__) Sindrome da discontinuità degli antidepressivi (827)

995.29 (T43.205A) Primo intervento

995.29 (T43.205D) Interventi successivi

995.29 (T43.205S) Sequele

___.__ (___.__) Altre reazioni avverse ai farmaci (829)

995.20 (T50.905A) Primo intervento

995.20 (T50.905D) Interventi successivi

995.20 (T50.905S) Sequele

Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica (831)

Problemi relazionali (831)

Problemi correlati all'allevamento dei figli (831)

V61.20 (Z62.820) Problema relazionale genitore-bambino (831)

V61.8 (Z62.891) Problema relazionale tra fratelli (832)

V61.8 (Z62.29) Allevamento lontano dai genitori (832)

V61.29 (Z62.898) Effetti negativi del disagio relazionale dei genitori sul bambino (832)

Altri problemi correlati al gruppo di sostegno primario (832)

V61.10 (Z63.0) Disagio relazionale con il/la coniuge o con il/la partner (832)

V61.03 (Z63.5) Disgregazione della famiglia a causa di separazione o divorzio (833)

V61.8 (Z63.8) Alto livello di emozioni espresse all'interno della famiglia (833)

V62.82 (Z63.4) Lutto non complicato (833)

Abuso e trascuratezza (833)

Problemi di maltrattamento e trascuratezza infantili (834)

Abuso fisico infantile (834)

Abuso fisico infantile, Confermato (834)
995.54 (T74.12XA) Primo intervento
995.54 (T74.12XD) Interventi successivi

Abuso fisico infantile, Sospetto (834)
995.54 (T76.12XA) Primo intervento
995.54 (T76.12XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate all'abuso fisico infantile (834)
V61.21 (Z69.010) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso infantile da parte di un genitore
V61.21 (Z69.020) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso infantile da parte di individui diversi dai genitori
V15.41 (Z62.810) Storia personale (pregressa) di abusi fisici nell'infanzia
V61.22 (Z69.011) Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso infantile
V62.83 (Z69.021) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso infantile diverso dal genitore

Abuso sessuale infantile (834)

Abuso sessuale infantile, Confermato (835)
995.53 (T74.22XA) Primo intervento
995.53 (T74.22XD) Interventi successivi

Abuso sessuale infantile, Sospetto (835)
995.53 (T76.22XA) Primo intervento
995.53 (T76.22XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate all'abuso sessuale infantile (835)
V61.21 (Z69.010) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso sessuale infantile da parte di un genitore
V61.21 (Z69.020) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso sessuale infantile da parte di individui diversi dai genitori
V15.41 (Z62.810) Storia personale (pregressa) di abusi sessuali nell'infanzia
V61.22 (Z69.011) Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso sessuale infantile
V62.83 (Z69.021) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso sessuale infantile diverso dal genitore

Trascuratezza infantile (835)

Trascuratezza infantile, Confermata (835)
995.52 (T74.02XA) Primo intervento
995.52 (T74.02XD) Interventi successivi

Trascuratezza infantile, Sospetta (835)
995.52 (T76.02XA) Primo intervento
995.52 (T76.02XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate alla trascuratezza infantile (835)
V61.21 (Z69.010) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza infantile da parte di un genitore
V61.21 (Z69.020) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza infantile da parte di individui diversi dai genitori
V15.42 (Z62.812) Storia personale (pregressa) di trascuratezza nell'infanzia
V61.22 (Z69.011) Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di trascuratezza infantile
V62.83 (Z69.021) Intervento dei servizi mentali per l'autore di trascuratezza infantile diverso dal genitore

Abuso psicologico infantile (836)

Abuso psicologico infantile, Confermato (836)
995.51 (T74.32XA) Primo intervento
995.51 (T74.32XD) Interventi successivi

Abuso psicologico infantile, Sospetto (836)
995.51 (T76.32XA) Primo intervento
995.51 (T76.32XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate all'abuso psicologico infantile (836)
V61.21 (Z69.010) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico infantile da parte di un genitore
V61.21 (Z69.020) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico infantile da parte di individui diversi dai genitori
V15.42 (Z62.811) Storia personale (pregressa) di abuso psicologico nell'infanzia
V61.22 (Z69.011) Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore dell'abuso psicologico infantile
V62.83 (Z69.021) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore dell'abuso psicologico infantile diverso dal genitore

Problemi di maltrattamento e trascuratezza dell'adulto (836)

Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner (836)

Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Confermata (837)
995.81 (T74.11XA) Primo intervento
995.81 (T74.11XD) Interventi successivi

Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Sospetta (837)
995.81 (T76.11XA) Primo intervento
995.81 (T76.11XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate alla violenza fisica del/della coniuge o del/della partner (837)
V61.11 (Z69.11) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di violenza fisica da parte del/della coniuge o del/della partner
V15.41 (Z91.410) Storia personale (pregressa) di violenza fisica da parte del/della coniuge o del/della partner
V61.12 (Z69.12) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di violenza fisica sul/sulla coniuge o sul/sulla partner

Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner (837)

Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Confermata (837)
995.83 (T74.21XA) Primo intervento
995.83 (T74.21XD) Interventi successivi

Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Sospetta (837)
995.83 (T76.21XA) Primo intervento
995.83 (T76.21XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate alla violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner (837)
V61.11 (Z69.81) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di violenza sessuale da parte del/della coniuge o del/della partner
V15.41 (Z91.410) Storia personale (pregressa) di violenza sessuale da parte del/della coniuge o del/della partner
V61.12 (Z69.12) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di violenza sessuale sul/sulla coniuge o sul/sulla partner

Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner (837)

Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Confermata (838)
995.85 (T74.01XA) Primo intervento
995.85 (T74.01XD) Interventi successivi

Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Sospetta (838)
995.85 (T76.01XA) Primo intervento
995.85 (T76.01XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate alla trascuratezza del/della coniuge o del/della partner (838)
V61.11 (Z69.11) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza da parte del/della coniuge o del/della partner
V15.42 (Z91.412) Storia personale (pregressa) di trascuratezza da parte del/della coniuge o del/della partner
V61.12 (Z69.12) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore della trascuratezza sul/sulla coniuge o sul/sulla partner

Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner (838)

Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Confermato (838)
995.82 (T74.31XA) Primo intervento
995.82 (T74.31XD) Interventi successivi

Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Sospetto (838)
995.82 (T76.31XA) Primo intervento
995.82 (T76.31XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate all'abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner (838)
V61.11 (Z69.11) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico da parte del/della coniuge o del/della partner
V15.42 (Z91.411) Storia personale (pregressa) di abuso psicologico da parte del/della coniuge o del/della partner
V61.12 (Z69.12) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore dell'abuso psicologico sul/sulla coniuge o sul/sulla partner

Abuso dell'adulto da parte di individui diversi dal/la coniuge o dal/dalla partner (838)

Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/la coniuge o dal/dalla partner, Confermato (839)
995.81 (T74.11XA) Primo intervento
995.81 (T74.11XD) Interventi successivi

Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/la coniuge o dal/dalla partner, Sospetto (839)
995.81 (T76.11XA) Primo intervento
995.81 (T76.11XD) Interventi successivi

Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/la coniuge o dal/dalla partner, Confermato (839)
995.83 (T74.21XA) Primo intervento
995.83 (T74.21XD) Interventi successivi

Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/la coniuge o dal/dalla partner, Sospetto (839)
995.83 (T76.21XA) Primo intervento
995.83 (T76.21XD) Interventi successivi

Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/la coniuge o dal/dalla partner, Confermato (839)

995.82 (T74.31XA) Primo intervento

995.82 (T74.31XD) Interventi successivi

Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/la coniuge o dal/dalla partner, Sospetto (839)

995.82 (T76.31XA) Primo intervento

995.82 (T76.31XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate all'abuso dell'adulto da parte di individui diversi dal/la coniuge o dal/dalla partner (839)

V65.49 (Z69.81) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso da parte di individui diversi dal/la coniuge o dal/dalla partner

V62.83 (Z69.82) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore dell'abuso diverso dal/la coniuge o dal/dalla partner

Problemi relativi all'istruzione e all'attività lavorativa (840)

Problemi relativi all'istruzione (840)

V62.3 (Z55.9) Problema relativo all'istruzione (840)

Problemi relativi all'attività lavorativa (840)

V62.21 (Z56.82) Problema correlato all'appartenenza a un contingente militare dislocato lontano da casa (840)

V62.29 (Z56.9) Altri problemi correlati all'attività lavorativa (840)

Problemi abitativi ed economici (840)

Problemi abitativi (840)

V60.0 (Z59.0) Senzatetto (840)

V60.1 (Z59.1) Abitazione inadeguata (841)

V60.89 (Z59.2) Conflitti con vicinato, inquilino o padrone di casa (841)

V60.6 (Z59.3) Problemi correlati al vivere in un'istituzione residenziale (841)

Problemi economici (841)

V60.2 (Z59.4) Mancanza di cibo e acqua potabile (841)

V60.2 (Z59.5) Povertà estrema (841)

V60.2 (Z59.6) Basso reddito (841)

V60.2 (Z59.7) Assicurazione o supporto dei sussidi pubblici insufficienti (841)

V60.9 (Z59.9) Problemi abitativi ed economici senza specificazione (841)

Altri problemi correlati all'ambiente sociale (841)

V62.89 (Z60.0) Problema relativo alla specifica fase di vita (841)

V60.3 (Z60.2) Problema correlato al vivere da soli (842)

V62.4 (Z60.3) Difficoltà di integrazione culturale (842)

V62.4 (Z60.4) Esclusione o rifiuto sociali (842)

V62.4 (Z60.5) Oggetto di (percepita) discriminazione o persecuzione (842)

V62.9 (Z60.9) Problema correlato all'ambiente sociale senza specificazione (842)

Problemi correlati al crimine o all'interazione con il sistema giudiziario (842)

V62.89 (Z65.4) Vittima di crimine (842)

V62.5 (Z65.0) Condanna in processi civili o penali senza reclusione (842)

V62.5 (Z65.1) Reclusione o altra limitazione della libertà (842)

V62.5 (Z65.2) Problemi correlati al rilascio dal carcere (842)

V62.5 (Z65.3) Problemi correlati ad altre circostanze giudiziarie (842)

Altri interventi del servizio sanitario per counseling e consulenza medica (842)

V65.49 (Z70.9) Counseling sessuale (842)

V65.40 (Z71.9) Altre forme di consultazione o di counseling (843)

Problemi correlati ad altre circostanze psicosociali, personali e ambientali (843)

V62.89 (Z65.8) Problema religioso o spirituale (843)

V61.7 (Z64.0) Problemi correlati a gravidanza indesiderata (843)

V61.5 (Z64.1) Problemi correlati a multiparità (843)

V62.89 (Z64.4) Conflitti con fornitori di servizi sociali, compresi funzionari di sorveglianza, case manager o operatori dei servizi sociali (843)

V62.89 (Z65.4) Vittima di terrorismo o tortura (843)

V62.22 (Z65.5) Esposizione a calamità, guerra o altri eventi avversi (843)

V62.89 (Z65.8) Altri problemi correlati a circostanze psicosociali (843)

V62.9 (Z65.9) Problemi correlati a circostanze psicosociali senza specificazione (843)

Altre circostanze di storia personale (843)

V15.49 (Z91.49) Altra storia personale di trauma psicologico (843)

V15.59 (Z91.5) Storia personale di autolesionismo (843)

V62.22 (Z91.82) Storia personale di appartenenza a contingenti militari dislocati lontano da casa (843)

V15.89 (Z91.89) Altri fattori di rischio personale (843)

V69.9 (Z72.9) Problemi correlati allo stile di vita (843)

V71.01 (Z72.811) Comportamento antisociale dell'adulto (844)

V71.02 (Z72.810) Comportamento antisociale del bambino o dell'adolescente (844)

Problemi correlati all'accesso alle cure mediche e ad altre cure sanitarie (844)

V63.9 (Z75.3) Indisponibilità o inaccessibilità delle strutture sanitarie (844)

V63.8 (Z75.4) Indisponibilità o inaccessibilità di altre agenzie di aiuto (844)

Mancata aderenza al trattamento medico (844)

V15.81	**(Z91.19)**	Mancata aderenza al trattamento medico (844)
278.00	**(E66.9)**	Sovrappeso e obesità (844)
V65.2	**(Z76.5)**	Simulazione di malattia (844)
V40.31	**(Z91.83)**	Vagabondaggio associato a un disturbo mentale (845)
V62.89	**(R41.83)**	Funzionamento intellettivo borderline (845)

Prefazione

Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM), edito dall'American Psychiatric Association (APA), è una classificazione dei disturbi mentali e relativi criteri concepita per facilitare una diagnosi più attendibile di questi stessi disturbi. Attraverso le successive edizioni nel corso degli ultimi sessant'anni, il manuale è diventato un punto di riferimento per la pratica clinica nel campo della salute mentale. Poiché non è possibile fornire una completa descrizione dei processi patologici sottesi alla maggior parte dei disturbi, è importante sottolineare che gli attuali criteri diagnostici sono la migliore descrizione disponibile di come i disturbi mentali si manifestano e di come possono essere riconosciuti da parte di clinici esperti. Il DSM si propone come una guida pratica, funzionale e flessibile per organizzare le informazioni che possono essere di aiuto per una diagnosi accurata e nel trattamento dei disturbi mentali. Il DSM è uno strumento per il clinico, una risorsa educativa per studenti e praticanti, e un riferimento per i ricercatori del settore.

Benché la presente edizione del DSM fosse stata inizialmente pensata soprattutto come un'utile guida per la pratica clinica, in quanto nomenclatura ufficiale esso deve essere applicabile ai contesti più disparati. Il DSM è stato utilizzato da clinici e ricercatori appartenenti a diversi orientamenti (biologico, psicodinamico, cognitivo, comportamentale, interpersonale, familiare/sistemico), i quali si sforzano di adottare un linguaggio comune per scambiarsi informazioni sulle caratteristiche dei disturbi mentali presentati dai loro pazienti. L'informazione è di grande importanza per tutti i professionisti che operano nel settore della tutela della salute mentale, inclusi psichiatri, medici di altre specialità, psicologi, operatori sociali, infermieri, counselor, specialisti nel campo forense e legale, terapisti occupazionali e della riabilitazione, e altri professionisti della sfera sanitaria. I criteri sono concisi ed espliciti, tesi a rendere più semplice la valutazione oggettiva della manifestazione dei sintomi in una varietà di contesti clinici – ricoveri, ambiti ambulatoriali e di consultazione psichiatrica, nella clinica, nella pratica privata e nell'assistenza primaria – nonché in studi epidemiologici dei disturbi mentali nella popolazione. Il DSM-5 è anche uno strumento per la raccolta e la comunicazione di statistiche accurate sulla sanità pubblica relative alla morbilità dei disturbi mentali e ai tassi di mortalità. Infine, i criteri e i relativi testi fungono da manuale sia per gli studenti agli esordi della loro professione, che necessitano di una modalità strutturata per la comprensione e la diagnosi dei disturbi mentali, sia per i professionisti esperti che si trovano di fronte per la prima volta disturbi rari.

Questi diversi bisogni e interessi sono stati presi in considerazione durante la progettazione del DSM-5. La classificazione dei disturbi è stata armonizzata con l'*International*

Classification of Diseases (ICD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il sistema di codifica ufficiale utilizzato negli Stati Uniti, in modo che i criteri del DSM definiscano i disturbi identificati dalla denominazione diagnostica e dai codici dell'ICD. All'interno del DSM-5, ai disturbi più rilevanti della classificazione sono stati aggiunti sia i codici dell'ICD-9-CM sia quelli dell'ICD-10-CM (quest'ultima dovrebbe essere adottata negli Stati Uniti a partire dall'ottobre 2014).

Sebbene il DSM-5 rimanga una classificazione categoriale di disturbi distinti, siamo consapevoli che i disturbi mentali non sempre rientrano completamente all'interno dei confini di un singolo disturbo. Alcuni domini sintomatologici, come l'ansia e la depressione, coinvolgono molteplici categorie diagnostiche e possono riflettere una vulnerabilità di base per un più ampio gruppo di disturbi. Nel riconoscere questa realtà, i disturbi inclusi nel DSM-5 sono stati riordinati all'interno di una struttura organizzativa concepita per stimolare nuove prospettive cliniche. Questa nuova struttura corrisponde alla riorganizzazione dei disturbi pianificata per l'ICD-11, la cui pubblicazione è prevista per il 2015. Per facilitare l'uso del manuale in tutti i diversi ambiti sono stati introdotti ulteriori miglioramenti:

- **Rappresentazione dei problemi dello sviluppo legata alla diagnosi.** La modificazione dell'organizzazione dei capitoli riflette al meglio l'approccio basato sull'arco di vita, con i disturbi maggiormente diagnosticati nelle prime fasi della vita (per es., i disturbi del neurosviluppo) presentati all'inizio del manuale e i disturbi della fase più avanzata dell'età adulta (per es., i disturbi neurocognitivi) alla fine. Inoltre, nel testo i paragrafi "Sviluppo e decorso" forniscono una descrizione di come le manifestazioni dei disturbi possono variare nell'arco di vita. Sono stati inclusi anche specifici fattori correlati all'età per la diagnosi (per es., la manifestazione dei sintomi e le differenze di prevalenza in determinate fasce di età). Per sottolineare maggiormente questo punto, ove possibile questi fattori correlati all'età sono stati aggiunti ai criteri stessi (per es., nei gruppi di criteri per il disturbo da insonnia e il disturbo da stress post-traumatico, specifici criteri descrivono le modalità di manifestazione della sintomatologia in età infantile). Analogamente, ove possibile sono stati integrati nel disturbo gli aspetti correlati al genere e alla cultura.
- **Integrazione di scoperte scientifiche provenienti dalla più recente ricerca genetica e di neuroimaging.** La revisione della struttura dei capitoli è stata condotta alla luce delle recenti scoperte delle neuroscienze e delle emergenti evidenze di connessioni genetiche tra gruppi diagnostici. Nel testo vengono sottolineati i fattori di rischio genetici e fisiologici, gli indicatori prognostici e alcuni presunti marker diagnostici. Questa nuova struttura dovrebbe migliorare le capacità diagnostiche del clinico in uno spettro di disturbi basato su circuiti neurali, vulnerabilità genetica ed esposizione ambientale comuni.
- **Accorpamento del disturbo autistico, del disturbo di Asperger e dei disturbi pervasivi dello sviluppo all'interno del disturbo dello spettro dell'autismo.** I sintomi di questi disturbi rappresentano un continuum di deficit, da lievi a gravi, nei due ambiti della comunicazione sociale e dei comportamenti/interessi restrittivi e ripetitivi, piuttosto che disturbi distinti. Questa modificazione è volta a migliorare la sensibilità e specificità dei criteri per la diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo e per identificare target di trattamento più mirati per ogni specifico disturbo.
- **Classificazione razionalizzata dei disturbi bipolare e depressivo.** I disturbi bipolare e depressivo sono le condizioni più comunemente diagnosticate in ambito psichiatrico. Proprio per questo è stato importante razionalizzare la presentazione di questi disturbi per accrescerne l'uso sia clinico sia didattico. Anziché separare la definizione degli episodi depressivi maggiori, maniacali e ipomaniacali dalla definizione di disturbo bipolare I, disturbo bipolare II e disturbo depressivo maggiore come nella precedente edizione, abbiamo incluso tutti i criteri che li riguardano all'interno dei criteri relativi a ciascun disturbo. Tale approccio faciliterà la diagnosi e il trattamento di questi importanti disturbi. Analogamente, le note esplicative per differenziare il lutto dai disturbi depressivi maggiori forniranno un miglior orientamento clinico rispetto a quello fornito in precedenza con il semplice criterio di esclusione del lutto. I nuovi specificatori "ansia" e "caratteristiche miste" sono adesso compiutamente descritti nella narrazione degli specificatori di variazione che accompagnano i criteri per tali disturbi.

- **Riorganizzazione dei disturbi da uso di sostanze per coerenza e chiarezza.** Le categorie dell'abuso di sostanze e della dipendenza da sostanze sono state eliminate e sostituite con la nuova categoria generale dei disturbi da uso di sostanze: la sostanza specifica usata definisce il disturbo specifico. Il termine *dipendenza* è stato facilmente confuso con il termine *addiction*, anche se, in realtà, la tolleranza e l'astinenza che precedentemente definivano la dipendenza sono attualmente risposte molto normali a farmaci prescritti che incidono sul sistema nervoso centrale e non indicano necessariamente la presenza di addiction. Revisionando e chiarendo questi criteri nel DSM-5, speriamo di attenuare alcuni diffusi malintesi su questi problemi.
- **Maggiore specificità per i disturbi neurocognitivi maggiore e lieve.** Data l'esplosione negli ultimi vent'anni delle neuroscienze, della neuropsicologia e della brain imaging, è stato fondamentale rendere noto l'attuale stato dell'arte nella diagnosi di specifici tipi di disturbi denominati in precedenza "demenze" o disturbi cerebrali organici. Marker biologici identificati dalla diagnostica per immagini per disturbi cerebrali vascolari o traumatici e specifiche scoperte di genetica molecolare per rare varianti della malattia di Alzheimer e della malattia di Huntington hanno notevolmente migliorato la diagnosi clinica, cosicché queste ultime e altri disturbi sono stati distinti in specifici sottotipi.
- **Transizione nella concettualizzazione dei disturbi di personalità.** Nonostante i vantaggi di un approccio maggiormente dimensionale ai disturbi di personalità individuati nelle precedenti edizioni, la transizione da un sistema diagnostico categoriale dei disturbi individuali a uno basato sulla distribuzione relativa dei tratti di personalità non è stata largamente accettata. Nel DSM-5, i disturbi di personalità categoriali sono rimasti gli stessi della precedente edizione. Tuttavia, al fine di orientare la ricerca futura nella Sezione III è stato proposto un modello alternativo "ibrido" che suddivide le valutazioni del funzionamento interpersonale e l'espressione dei tratti di personalità patologici in sei disturbi specifici. Un profilo maggiormente dimensionale dell'espressione dei tratti di personalità è stato proposto per un approccio basato specificamente sui tratti.
- **Sezione III: nuovi disturbi e caratteristiche.** È stata aggiunta una nuova sezione (Sezione III) per presentare disturbi che necessitano di ulteriori studi ma non sono ancora sufficientemente consolidati per far parte della classificazione ufficiale dei disturbi mentali per l'uso clinico di routine. Sono stati inclusi anche strumenti dimensionali della gravità dei sintomi in 13 domini di sintomi per consentire la misurazione del livello di gravità variabile del sintomo all'interno di tutti i gruppi diagno-

stici. Analogamente, è stato previsto di sostituire il più limitato Global Assessment of Functioning Scale con la WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS), un metodo standard per la valutazione dei livelli di disabilità globale dei disturbi mentali basato sulla International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) e applicabile in tutti gli ambiti medici. La nostra speranza è che, man mano che queste misure saranno attuate nel tempo, possano fornire una maggiore accuratezza e flessibilità nella descrizione clinica delle manifestazioni sintomatiche individuali e relativa disabilità durante la valutazione diagnostica.

- **Miglioramenti online.** Il DSM-5 offre informazioni supplementari online. Sono disponibili online ulteriori cross-cutting and diagnostic severity measures (www.psychiatry.org/dsm5), collegate ai disturbi di pertinenza. Inoltre, la Cultural Formulation Interview, la Cultural Formulation Interview – Informant Version e moduli supplementari al nucleo della Cultural Information Interview sono inclusi online sul sito www.psychiatry.org/dsm5.

Queste innovazioni sono state concepite dalle principali autorità mondiali dei disturbi mentali e sono state implementate sulla base della loro revisione specialistica, dei commenti del pubblico e di una *peer review* indipendente. I 13 gruppi di lavoro, sotto la direzione della Task Force del DSM-5, in associazione con altri organismi di revisione e, infine, l'APA Board of Trustees rappresentano collettivamente la competenza globale della specialità. Questo impegno è stato sostenuto da un vasto numero di consulenti e dallo staff professionale dell'APA Division of Research; i nomi delle persone coinvolte sono troppo numerosi per essere menzionati qui, ma sono elencati nell'Appendice. Dobbiamo enormi ringraziamenti a tutte le persone che hanno dedicato molte ore e la loro preziosa competenza a questo impegno di migliorare la diagnosi dei disturbi mentali.

In particolare vorremmo ringraziare i presidenti, i coordinatori dei testi e i membri dei 13 gruppi di lavoro, elencati all'inizio del manuale, i quali hanno speso molte ore in questo impegno volontario per migliorare la base scientifica della pratica clinica nell'arco di ben sei anni. Susan K. Schultz, M.D., che si è occupata della redazione dei testi, ha lavorato instancabilmente con Emily A. Kuhl, Ph.D., senior science writer e DSM-5 staff text editor, per coordinare gli sforzi sostenuti dai gruppi di lavoro in un insieme coerente. William E. Narrow, M.D., M.P.H., ha guidato il gruppo che ha sviluppato la strategia generale di ricerca per il DSM-5, comprese le ricerche sul campo, che hanno migliorato notevolmente i legami con la ricerca per questa revisione. Inoltre, siamo grati a tutti coloro che hanno dedicato molto del loro tempo alla valutazione indipendente delle proposte di revisione, tra cui Kenneth S. Kendler, M.D., e Robert Freeman, M.D., co-presidenti dello Scientific Review Committe; John S. McIntyre, M.D., e Joel Yager, M.D., co-presidenti del Clinical and Public Health Committee; e Glenn Martin, M.D., presidente dell'APA Assembly review process. Ringraziamenti speciali vanno a Helena C. Kraemer, Ph.D., per la sua esperta consulenza statistica; a Michael B. First, M.D., per il suo prezioso contributo alla codifica e alla revisione dei criteri; e a Paul S. Appelbaum, M.D., per il feedback su questioni forensi. Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P, ha inoltre contribuito alla verifica di tutta la codifica ICD. Il Summit Group, che include questi consulenti, i presidenti di tutti i gruppi di revisione, i presidenti della Task Force e i dirigenti dell'APA, sotto la presidenza di Dilip V. Jeste, M.D., ha assicurato la guida e la visione strategica nel raggiungimento di compromesso e consenso. Questo livello di impegno ha consentito di ottenere quell'equilibrio e quell'obiettività che consideriamo i tratti distintivi del DSM-5.

Desideriamo esprimere uno speciale riconoscimento all'eccezionale staff dell'APA Division of Research – citato nell'elenco dei membri della Task Force e dei gruppi di lavoro all'inizio del manuale – che ha lavorato instancabilmente per interagire con la Task Force, i gruppi di lavoro, i consulenti e i revisori per risolvere problemi, fungere da collegamento tra gruppi, dirigere e gestire le ricerche sul campo universitari e di pratica clinica di routine, nonché registrare le decisioni prese in questo importante processo. In particolare, abbiamo apprezzato il sostegno e la guida forniti da James H. Scully Jr., M.D., Medical Director e CEO dell'APA, nel corso degli anni e lungo le fasi del processo di lavorazione. Infine, ringraziamo lo staff editoriale e produttivo dell'American Psychiatric Publishing: in particolare, Rebecca Rinehart, editor; John McDuffie, direttore editoriale; Ann Eng, senior editor; Greg Kuny, caporedattore, e Tammy Cordova, graphics design manager, per averci guidato nell'assemblare e creare il prodotto finale. È grazie all'opera di molte persone di talento che hanno dedicato tempo, competenza e passione che il DSM-5 ha potuto vedere la luce.

David Kupfer, M.D.
DSM-5 Task Force Chair

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
DSM-5 Task Force Vice-Chair
19 dicembre 2012

SEZIONE I
Principi fondamentali

- Introduzione 5
- Uso del manuale 21
- Dichiarazione cautelativa per l'uso del DSM-5 in ambito forense 29

Questa sezione costituisce un orientamento generale sullo scopo, la struttura, il contenuto e l'uso del DSM-5. Non ha l'obiettivo di fornire un resoconto completo della sua evoluzione, ma si propone di presentare ai lettori una breve panoramica degli elementi chiave. L'Introduzione descrive il processo di revisione, pubblico, professionale e affidato a esperti, attuato per valutare i criteri diagnostici proposti nella Sezione II. Vengono inoltre presentate una sintesi della struttura del DSM-5, l'armonizzazione con l'ICD-11 e la transizione al sistema non assiale con un nuovo approccio alla valutazione della disabilità. L'unità denominata "Uso del manuale" comprende il paragrafo "Definizione di disturbo mentale", considerazioni in ambito forense e una breve panoramica del processo diagnostico e delle procedure di codifica e registrazione.

Introduzione

La realizzazione della quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5) è stata un'impresa enorme, che ha coinvolto centinaia di persone impegnate per dodici anni nel raggiungimento di un obiettivo comune. La valutazione dei criteri diagnostici, l'organizzazione di ogni aspetto del manuale e la creazione di nuove caratteristiche ritenute più utili ai clinici sono state oggetto di profonda riflessione. Tutti questi sforzi sono stati compiuti allo scopo di aumentare l'utilità clinica del DSM-5 come guida nella diagnosi dei disturbi mentali.

Sono necessarie diagnosi affidabili per orientare le indicazioni terapeutiche, definendo i tassi di prevalenza per la pianificazione dei servizi di salute mentale, identificare gruppi di pazienti per la ricerca clinica e di base, e fornire importanti informazioni di salute pubblica, come i tassi di morbilità e di mortalità. Dato che la comprensione dei disturbi mentali e i relativi trattamenti sono stati approfonditi e si sono evoluti, i professionisti dei settori medico, scientifico e clinico si sono concentrati sulle caratteristiche di specifici disturbi e sulle loro implicazioni terapeutiche e di ricerca.

Sebbene il DSM sia stato fondamentale per i notevoli progressi raggiunti in termini di attendibilità, è stato riconosciuto, sia dall'American Psychiatric Association (APA) sia dall'ampia comunità scientifica che lavora nell'ambito dei disturbi mentali, che la scienza non aveva ancora raggiunto il grado di maturazione necessario per produrre diagnosi pienamente validate, vale a dire per fornire validatori scientifici forti, coerenti e oggettivi dei singoli disturbi del DSM. La scienza dei disturbi mentali continua a evolversi e a crescere. Tuttavia, negli ultimi due decenni dalla pubblicazione del DSM-IV, si è assistito a un reale e duraturo progresso in aree quali le neuroscienze cognitive, il brain imaging, l'epidemiologia e la genetica. Alla Task Force del DSM-5, che si è occupata di supervisionare la nuova edizione, è ben chiaro che il progresso della ricerca richiederà modificazioni attente e iterative, se si vorrà che il DSM mantenga il suo ruolo di pietra miliare nelle classificazioni dei disturbi mentali. Trovare il giusto equilibrio è indispensabile. Risultati di natura speculativa non fanno parte di una nosologia ufficiale, ma al contempo il DSM deve evolversi nel contesto di altre iniziative di ricerca clinica. Un aspetto importante di questa transizione è il riconoscimento che un sistema categoriale eccessivamente rigido non coglie l'esperienza clinica o importanti osservazioni scientifiche. I risultati di numerosi studi sulla comorbilità e sulla trasmissione delle malattie all'interno delle famiglie, compresi gli studi sui gemelli e gli studi di genetica molecolare, forniscono forti argomentazioni in favore di ciò che accorti clinici hanno osservato da tempo: i confini tra molte "categorie" di disturbi sono più fluidi nel corso della vita di un individuo di quanto il DSM-IV abbia riconosciuto, e molti sintomi assegnati a

un singolo disturbo possono presentarsi, a vari livelli di gravità, in molti altri disturbi. Queste osservazioni implicano che il DSM, come altre classificazioni mediche, dovrebbe cercare di introdurre un approccio dimensionale ai disturbi mentali, che comprenda dimensioni trasversali alle categorie attuali. Un tale approccio dovrebbe permettere una descrizione più accurata delle manifestazioni del paziente e aumentare la validità della diagnosi (per es., il grado in cui i criteri diagnostici riflettono pienamente la manifestazione di un sottostante disturbo psicopatologico). Il DSM-5 è stato concepito per adattarsi al meglio alle esigenze dei clinici, dei pazienti, delle famiglie e dei ricercatori, fornendo loro una descrizione chiara e concisa di ogni disturbo mentale mediante precisi criteri diagnostici, integrati, se necessario, da scale di valutazione trasversali ai vari confini diagnostici, e un breve compendio di informazioni relative a diagnosi, fattori di rischio, caratteristiche associate, progressi della ricerca e diverse manifestazioni del disturbo.

L'uso del DSM per la formulazione di una diagnosi richiede formazione clinica ed esperienza. I criteri diagnostici identificano sintomi, comportamenti, funzioni cognitive, tratti di personalità, segni fisici, combinazioni di sindromi e durata delle manifestazioni, ma è necessaria la competenza clinica per distinguere tra normali cambiamenti legati al corso della vita e risposte transitorie allo stress. Per facilitare un accurato esame del range di sintomi, il DSM può essere utile ai clinici come guida per identificare quelli più importanti che dovrebbero essere valutati durante la diagnosi di un disturbo. Nonostante alcuni disturbi mentali possano avere confini ben definiti da cluster di sintomi, l'evidenza scientifica colloca ormai molti disturbi, se non tutti, all'interno di uno spettro di disturbi strettamente correlati che condividono sintomi, fattori di rischio genetici e ambientali, e potrebbero condividere substrati neurali (forse ciò è più chiaramente dimostrato per un sottoinsieme di disturbi d'ansia mediante neuroimaging e studi su modelli animali). In breve, abbiamo dovuto riconoscere che i confini tra i vari disturbi sono meno impenetrabili di quanto si ritenesse in passato.

Per lo sviluppo e il testing del DSM-5 sono state coinvolte molte figure professionali attive in campo medico e sanitario, come medici, psicologi, operatori sociali, infermieri, counselor, epidemiologi, statistici, neuroscienziati e neuropsicologi. Infine, hanno partecipato alla revisione del DSM-5 pazienti, famiglie, avvocati, organizzazioni dei consumatori e gruppi di difesa dei diritti dei malati, fornendo feedback sui disturbi mentali descritti in questo volume. Il loro monitoraggio delle descrizioni e delle spegazioni è essenziale per migliorare la comprensione, ridurre lo stigma e far progredire il trattamento e le eventuali cure per queste condizioni.

Breve storia

La prima pubblicazione da parte dell'APA del predecessore del DSM, una classificazione statistica di malati mentali istituzionalizzati, risale al 1844. Era stata concepita per migliorare la comunicazione relativa alla tipologia di pazienti trattati in questi ospedali. Questo precursore del DSM è stato utilizzato anche per il censimento generale statunitense. Dopo la Seconda guerra mondiale, il DSM si è evoluto, attraverso quattro edizioni principali, in un sistema di classificazione diagnostica per psichiatri, medici e operatori della salute mentale, che descriveva le principali caratteristiche dell'intera gamma dei disturbi mentali. L'attuale edizione, il DSM-5, si basa sugli obiettivi dei suoi predecessori (il più recente dei quali è il DSM-IV-TR, o *Text Revision*, pubblicato nel 2000) di fornire delle linee guida per la diagnosi, che possano orientare le decisioni circa il trattamento e la gestione.

Il processo di revisione del DSM-5

Nel 1999 l'APA ha avviato la valutazione dei punti di forza e di debolezza del DSM, basata sui risultati di ricerche che non portavano dati a sostegno dei confini stabiliti per alcuni disturbi mentali. Questo lavoro è stato coordinato dalla WHO Division of Mental Health, dalla World Psychiatric Association e dal National Institute of Mental Health (NIMH) attraverso una serie di conferenze, a seguito delle quali è stata pubblicata, nel 2002, una monografia intitolata *A Research Agenda for DSM-V*. Successivamente, dal 2003 al 2008, è stato sostenuto dal NIMH, dal National Institute on Drug Abuse (NIDA) e dal National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) un accordo di cooperazione tra APA e WHO al fine di convocare 13 conferenze internazionali di pianificazione della ricerca del DSM-5, coinvolgendo 400 partecipanti di 39 paesi, per esaminare la letteratura mondiale relativa a specifiche aree diagnostiche allo scopo di elaborare le linee guida per le revisioni sia del DSM sia dell'International Classification of Diseases, 11ª revisione (ICD-11). Le relazioni finali di queste conferenze hanno costituito la base per le future revisioni operate dalla Task Force del DSM-5 e preparato il terreno per la nuova edizione del DSM.

Nel 2006 l'APA ha nominato David J. Kupfer, M.D., presidente della Task Force del DSM-5 e Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., vicepresidente, che sono stati incaricati di individuare i presidenti dei 13 gruppi di lavoro diagnostici e i membri aggiuntivi della Task Force con competenze multidisciplinari che avrebbero supervisionato la realizzazione del DSM-5. È stato avviato anche un ulteriore processo di controllo da parte dell'APA Board of Trustees per accertare le fonti di reddito e, quindi, evitare possibili conflitti di interesse della Task Force e dei membri dei gruppi di lavoro. La divulgazione completa di tutte le entrate e le sovvenzioni per la ricerca provenienti da fonti commerciali, inclusa l'industria farmaceutica, dei tre anni precedenti, l'imposizione di un limite di contributo da parte di fonti commerciali e la pubblicazione di un'informativa su una pagina web hanno stabilito un nuovo standard per il settore. Successivamente, nel 2007 è stata approvata la Task Force di 28 membri, mentre la nomina di 130 membri dei gruppi di lavoro è stata approvata nel 2008. È stata anche approvata la partecipazione al processo di revisione di oltre 400 consulenti aggiuntivi senza diritto di voto. Delineare chiaramente la successiva fase di sviluppo della classificazione dei disturbi mentali è stato l'obiettivo principale della Task Force e dei gruppi di lavoro, che hanno proceduto a un riesame della storia della classificazione del DSM-IV e dei suoi attuali punti di forza e di debolezza, traendone utili indicazioni strategiche. Un intensivo processo durato sei anni ha comportato l'avvio di un'opera di revisione della letteratura e analisi secondarie, la pubblicazione di report di ricerca su riviste scientifiche, lo sviluppo delle proposte dei criteri diagnostici, la presentazione delle proposte preliminari sulla pagina web del DSM-5 per raccogliere commenti da parte del pubblico, la conduzione di ricerche sul campo e la revisione dei criteri diagnostici e del testo.

Le proposte per la revisione

Le proposte per la revisione del DSM-5 relative ai criteri diagnostici sono state sviluppate dai membri dei gruppi di lavoro sulla base di un razionale, di un obiettivo di cambiamento, dell'impatto atteso sulla gestione clinica e sulla sanità pubblica, della forza delle evidenze di ricerca a sostegno, della chiarezza complessiva e dell'utilità clinica. Le proposte comprendevano la modificazione dei criteri diagnostici, l'aggiunta di nuovi disturbi, sottotipi e specificatori, e l'eliminazione di disturbi esistenti.

Nelle proposte per la revisione sono stati identificati innanzitutto i punti di forza e di debolezza degli attuali criteri e della nosologia. Alla luce delle nuove scoperte scientifiche dei due decenni precedenti, è stato elaborato un piano di ricerca per valutare i potenziali cambiamenti attraverso rassegne della letteratura e analisi secondarie dei dati. Quattro principi hanno guidato il progetto di revisione: 1) il DSM-5 è primariamente concepito per essere un manuale usato dai clinici e quindi deve essere adatto alla pratica clinica di routine; 2) le sue indicazioni dovrebbero essere guidate dalle evidenze della ricerca; 3) laddove possibile, dovrebbe essere mantenuta una certa continuità con le edizioni precedenti; 4) non dovrebbero essere posti dei vincoli a priori sul grado di cambiamento tra DSM-IV e DSM-5.

Sulla base dell'iniziale revisione della letteratura, i gruppi di lavoro hanno identificato le questioni fondamentali delle loro aree diagnostiche e hanno esaminato problematiche metodologiche più ampie, come la presenza in letteratura di risultati contraddittori; l'elaborazione di una definizione raffinata di disturbo mentale; la presenza di problematiche trasversali a tutti i disturbi; la revisione dei disturbi classificati nel DSM-IV come "non altrimenti specificati". Le proposte di revisione sono state accolte nella Sezione II tenendo conto dei vantaggi e degli svantaggi per la sanità pubblica e l'utilità clinica, della forza delle evidenze e dell'entità del cambiamento. Le nuove diagnosi, i sottotipi dei disturbi e gli specificatori hanno dovuto soddisfare ulteriori condizioni, come la dimostrazione dell'attendibilità (per es., il grado con cui due clinici possono arrivare indipendentemente alla stessa diagnosi per lo stesso paziente). Così come è stata valutata la possibilità di eliminare i disturbi con una bassa utilità clinica e di dubbia validità. Il collocamento di alcune condizioni nel paragrafo "Condizioni che necessitano di ulteriori studi", nella Sezione III, è dipeso dalla quantità di evidenze empiriche derivanti dalla diagnosi, dall'attendibilità o dalla validità diagnostica, dalla presenza di una manifesta necessità clinica e dal potenziale vantaggio per l'avanzamento della ricerca.

Le ricerche sul campo del DSM-5

Un notevole miglioramento introdotto dal DSM-III è stato l'utilizzo delle ricerche sul campo per dimostrare empiricamente l'attendibilità. Le strategie di progettazione e di implementazione delle ricerche sul campo del DSM-5 rappresentano alcuni cambiamenti relativi ai metodi utilizzati per il DSM-III e il DSM-IV, in particolare nell'acquisizione dei dati sulla precisione delle stime di attendibilità valutate mediante l'indice kappa (una misura statistica del livello di concordanza fra valutatori corretto per la concordanza casuale dovuta ai tassi di prevalenza), nel contesto di setting clinici con alti livelli di comorbilità diagnostica. Le ricerche sul campo per il DSM-5 sono state attuate nell'ambito di due differenti progetti: uno in grandi e vari contesti medico-universitari, l'altro nella pratica clinica di routine. Il primo ha tratto vantaggio dalla grande dimensione del campione, che ha permesso di verificare le ipotesi relative all'attendibilità e all'utilità clinica di una vasta gamma di diagnosi in una varietà di popolazioni di pazienti; il secondo ha fornito, invece, preziose informazioni su come le revisioni proposte venivano recepite in contesti clinici di routine dall'eterogeneo campione di utilizzatori del DSM. I futuri studi clinici e di ricerca di base si focalizzeranno sulla validità dei criteri diagnostici categoriali revisionati e sulle sottostanti caratteristiche dimensionali (inclusi i disturbi da poco esaminati dal NIMH Research Domain Criteria).

Le ricerche sul campo di tipo medico-universitario sono state condotte presso 11 siti medico-universitari nordamericani e le valutazioni effettuate hanno riguardato l'attendibilità, la praticabilità e l'utilità clinica delle revisioni selezionate, dando priorità a quelle che maggiormente si discostavano dal DSM-IV o a quelle che potenzialmente avranno maggiore impatto sulla sanità pubblica. Popolazioni di pazienti clinici provenienti da tutti i siti sono state sottoposte a uno screening diagnostico secondo il DSM-IV o per la valutazione di sintomi potenzialmente predittivi di alcuni specifici disturbi di interesse del DSM-5. Per ogni sito sono stati identificati campioni stratificati di quattro-sette disturbi specifici, più uno strato contenente un campione rappresentativo di tutte le altre diagnosi. I pazienti che hanno acconsentito di partecipare allo studio sono stati assegnati in modo casuale a un clinico, all'oscuro della diagnosi, per un colloquio, seguito da un secondo colloquio con un altro clinico, a sua volta ignaro delle diagnosi precedenti. I pazienti hanno inizialmente compilato un inventario computerizzato dei sintomi trasversali in più di una dozzina di domini psicologici. Questi inventari sono stati valutati da un server centrale e i risultati sono stati forniti ai clinici prima della conduzione di un tipico colloquio clinico (con un protocollo non strutturato). Ai clinici è stato chiesto di valutare la presenza di criteri qualificanti su una checklist computerizzata relativa alla diagnosi del DSM-5, di formulare la diagnosi, valutarne la gravità e inoltrare tutti i dati al server centrale sul web. Questa impostazione dello studio ha permesso di calcolare il grado in cui due differenti clinici possano concordare su una diagnosi (utilizzando la statistica kappa intraclasse) tra loro e un singolo paziente, o due clinici indipendenti possano valutare diversamente sintomi trasversali, tratti di personalità, disabilità e indici di gravità diagnostica (utilizzando i coefficienti di correlazione intraclasse), aggiungendo informazioni sulla precisione di queste stime di attendibilità. È stato inoltre possibile valutare i tassi di prevalenza di quadri diagnostici sia del DSM-IV sia del DSM-5 nelle rispettive popolazioni cliniche.

Le ricerche sul campo nella pratica clinica di routine hanno comportato il reclutamento di singoli psichiatri e di altri operatori della salute mentale. È stato reclutato un campione di volontari che ha incluso medici generici e specialisti di psichiatria, psicologi, assistenti sociosanitari, counselor, terapeuti della famiglia e della coppia e infermieri psichiatrici. Le ricerche sul campo hanno dunque presentato le diagnosi proposte dal DSM-5 e le misure di valutazione a un ampio range di clinici, per verificarne la praticabilità e l'utilità clinica.

La revisione pubblica e la revisione professionale

Nel 2010 l'APA ha attivato un sito web per consentire la partecipazione pubblica e professionale al DSM-5. Tutte le bozze dei criteri diagnostici e le proposte di modifica della struttura sono state pubblicate sulla pagina web www.dsm5.org per un periodo di due mesi. Il feedback ha registrato più di 8000 commenti, poi esaminati sistematicamente da ognuno dei 13 gruppi di lavoro, i cui membri, ove opportuno, hanno inserito domande e commenti all'interno di discussioni relative alle prime stesure delle revisioni e alla pianificazione del testing per le ricerche sul campo. Dopo la revisione delle bozze preliminari dei criteri e della struttura dei capitoli, vi è stata una seconda pubblicazione sul web nel 2011. I gruppi di lavoro, durante la stesura delle proposte finali dei criteri, pubblicate sulla pagina web per la terza e ultima volta nel 2012, hanno considerato sia i feedback provenienti dalla seconda pubblicazione web sia i risultati delle ricerche sul campo del DSM-5. Queste tre revisioni esterne hanno prodotto oltre 13.000 commenti sul sito web firmati da singoli utenti, che sono stati esaminati dai gruppi di lavoro, oltre a petizioni sottoscritte da migliaia di persone sia favorevoli sia contrarie ad alcune

proposte di revisione, il che ha permesso alla Task Force di dedicarsi attivamente alle problematiche riguardanti gli utilizzatori del DSM, i pazienti e le associazioni di tutela dei loro diritti, e di garantire che l'utilità clinica rimanesse una delle priorità.

La revisione degli esperti

I membri dei 13 gruppi di lavoro, in quanto esperti dei rispettivi settori, hanno collaborato con consulenti e revisori sotto la direzione della Task Force del DSM-5 per la stesura dei criteri diagnostici e del testo di accompagnamento. Questo lavoro è stato supportato da un team dell'APA Division of Research Staff e si è sviluppato attraverso una rete di coordinatori appartenenti a ogni gruppo di lavoro. La preparazione del testo è stata coordinata da un text editor in stretta collaborazione con i gruppi di lavoro e sotto la direzione dei presidenti della Task Force. Al fine di fornire una peer review esterna a quella dei gruppi di lavoro è stato istituito lo Scientific Review Committee (SRC). Il presidente, il vicepresidente e sei membri dell'SRC sono stati incaricati di esaminare il grado in cui i cambiamenti proposti rispetto al DSM-IV potevano essere supportati da evidenza scientifica. Ciascuna proposta di revisione diagnostica richiedeva la stesura di un memorandum, preparato dal gruppo di lavoro e accompagnato da un riassunto dei dati di supporto organizzati attorno a validatori per i criteri diagnostici proposti (cioè validatori antecedenti come l'aggregazione familiare, validatori concorrenti come i marker biologici e validatori potenziali come la risposta al trattamento o il decorso della malattia). I commenti sono stati esaminati dall'SRC e valutati in ragione della forza dei dati scientifici di supporto. Altre motivazioni del cambiamento, come quelle derivanti dall'esperienza o dalla necessità clinica o da un reinquadramento concettuale delle categorie diagnostiche, sono state in genere valutate al di fuori della sfera di competenza dell'SRC. I punteggi dei revisori, che variavano notevolmente tra le diverse proposte, e un breve commento di accompagnamento sono stati restituiti all'APA Board of Trustees e ai gruppi di lavoro affinché effettuassero un'analisi e fornissero risposte.

Il Clinical and Public Health Committee (CPHC), composto da un presidente, un vicepresidente e sei membri, è stato nominato con l'incarico di effettuare un esame supplementare relativo a utilità clinica, sanità pubblica e chiarezza logica dei criteri che non avevano ancora raggiunto il tipo o il livello di evidenza ritenuto sufficiente per un cambiamento dall'SRC. Questo processo di revisione è stato particolarmente rilevante per quei disturbi del DSM-IV che presentavano carenze manifeste e che non erano stati precedentemente presi in considerazione dal processo di revisione del DSM, né erano stati oggetto di studi di ricerca replicati. I disturbi selezionati sono stati valutati da quattro dei cinque revisori esterni e i risultati della revisione condotta in cieco sono stati valutati dai membri del CPHC, i quali a loro volta hanno dato indicazioni all'APA Board of Trustees e ai gruppi di lavoro.

Le revisioni di natura forense effettuate dai membri dell'APA Council on Psychiatry and Law sono state condotte sui disturbi che più di frequente appaiono in contesti forensi e su quelli che mostrano un alto potenziale di influenza sulle sentenze emesse nel corso di processi civili o penali. I gruppi di lavoro comprendevano anche consulenti esperti in materia forense al fine di integrare le competenze fornite dall'APA Council on Psychiatry and Law.

I gruppi di lavoro sono stati incaricati anche di riesaminare l'intera letteratura di ricerca intorno a un'area diagnostica, inclusi i vecchi criteri diagnostici, quelli revisionati e i nuovi, in un processo di revisione durato sei anni, atto a valutare vantaggi e svantaggi nell'effettuare sia piccoli cambiamenti ripetitivi sia modificazioni concettuali importanti, con lo scopo di superare l'inevitabile reificazione prodotta da approcci diagnostici concettuali immodificati da decenni. Tali cambiamenti includono la fusione in spettri dimensionali di aree diagnostiche prima separate, com'è accaduto con il disturbo dello spettro dell'autismo, i disturbi da uso di sostanze, le disfunzioni sessuali, i disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati. Altre modificazioni hanno riguardato la correzione di difetti, manifestatisi nel corso del tempo, relativi alla scelta dei criteri operazionali per alcuni disturbi. Tali modificazioni hanno rappresentato una particolare sfida nei processi di revisione per l'SRC e il CPHC, i quali non sono stati creati per valutare la validità dei criteri diagnostici del DSM-IV. Tuttavia, la Task Force del DSM-5, che ha revisionato le modificazioni proposte e nel contempo ha avuto la responsabilità, insieme ai gruppi di lavoro, di rivedere il testo descrittivo di ogni disturbo, si è trovata nella posizione esclusiva di poter fornire un giudizio sui meriti scientifici di tali revisioni. Inoltre, molti dei maggiori cambiamenti sono stati oggetto di testing attraverso ricerche sul campo, nonostante non sia stato possibile effettuare il testing completo di tutte le modificazioni proposte a causa dei limiti di tempo e della disponibilità di risorse.

Una raccomandazione finale da parte della Task Force è stata successivamente fornita all'APA Board of Trustees e all'APA Assembly Committee on DSM-5 affinché considerassero l'utilità clinica e le caratteristiche di applicabilità delle revisioni proposte. L'assemblea è l'organo deliberativo dell'APA che rappresenta le sedi territoriali e al quale aderiscono psichiatri di ogni parte degli Stati Uniti, che hanno dato un contribuito di varietà sotto il profilo geografico, di esperienza professionale e di interessi personali. Il Committee on DSM-5 è un comitato costituito da diversi gruppi di leader dell'assemblea.

Una volta concluse le fasi di revisione descritte, si è tenuta una sessione esecutiva al fine di validare le opinioni dei presidenti del comitato di revisione e dell'assemblea, dei presidenti della Task Force, di un consulente forense e di un consulente statistico, per una revisione preliminare di ciascun criterio da parte dei comitati esecutivi dell'APA Board of Trustees. Il passo successivo è stato un'ulteriore revisione preliminari da parte dell'intero APA Board of Trustees. L'assemblea ha votato, nel novembre 2012, l'approvazione della pubblicazione del DSM-5, mentre l'APA Board of Trustees ha approvato la pubblicazione nel dicembre 2012. Gli esperti, i revisori e i consulenti che hanno contribuito a questo processo sono elencati nell'Appendice.

La struttura organizzativa

Le definizioni dei singoli disturbi che costituiscono i set operazionalizzati dei criteri diagnostici fondano il nucleo del DSM-5 per quanto riguarda gli scopi clinici e di ricerca. Questi criteri sono stati oggetto di revisione scientifica, sebbene a differenti livelli, e molti disturbi sono stati sottoposti a prove sul campo per stimare l'interrater reliability. Per contro, la classificazione dei disturbi (il modo in cui i disturbi sono stati raggruppati, che fornisce il livello di organizzazione superiore del manuale) non è stata considerata rilevante dal punto di vista scientifico, nonostante si siano dovute prendere alcune decisioni quando i disturbi sono stati divisi in capitoli la prima volta per il DSM-III.

Il DSM è una classificazione medica di disturbi e come tale è uno schema cognitivo storicamente determinato, impostato su dati clinici e scientifici, con lo scopo di aumentarne l'intelligibilità e l'utilità. Non sorprende che, poiché la scienza di base che ha condotto al DSM-III è arrivata a quasi mezzo secolo di vita, le sfide emerse per clinici e scienziati riguardino la struttura del DSM piuttosto che la descrizione dei singoli disturbi. Queste sfide includono la presenza di alti tassi di comorbilità all'interno e tra-

sversalmente ai capitoli del DSM, l'eccessivo uso della categoria "non altrimenti specificato" (NAS) e la necessità di affidarsi a essa e una crescente incapacità di integrare i disturbi del DSM con i risultati derivanti da studi genetici e altre scoperte scientifiche.

Quando l'APA e la WHO hanno cominciato a pianificare le rispettive revisioni del DSM e dell'ICD, hanno valutato l'eventualità di aumentare l'utilità clinica (per es., contribuendo a spiegare la comorbilità apparente) e di facilitare l'indagine scientifica attraverso il ripensamento della struttura organizzativa di entrambe le pubblicazioni in un sistema basato su codici alfanumerici che ordina i capitoli in base a una struttura razionale e relazionale. È stato fondamentale, sia per la Task Force del DSM-5 sia per il WHO International Advisory Group on the revision of the ICD-10 Section on Mental Behavioral Disorders, che le revisioni dell'organizzazione migliorassero l'utilità clinica e rimanessero entro i limiti di una buona replicabilità dei dati. Nonostante fosse evidente la necessità di una riforma, è stato importante rispettare lo stato della scienza, così come la sfida che il rapido cambiamento avrebbe posto alla comunità clinica e di ricerca. In questo spirito, la revisione dell'organizzazione è stata affrontata come una riforma conservativa ed evoluzionistica, guidata dalle nuove evidenze scientifiche relative alle relazioni tra gruppi di disturbi. La struttura revisionata è stata pensata, attraverso il riordinamento e il raggruppamento dei disturbi esistenti, per stimolare nuove prospettive cliniche e incoraggiare i ricercatori all'identificazione di fattori trasversali fisiologici e psicologici che non siano limitati a rigorose designazioni categoriali.

L'utilizzo dei criteri del DSM ha il chiaro vantaggio di creare un linguaggio comune tra clinici relativo alla diagnosi dei disturbi. I disturbi e i criteri ufficiali che sono stati approvati e hanno mostrato un'applicabilità clinica si trovano nella Sezione II del manuale. Comunque, va notato che i criteri diagnostici e le relazioni all'interno della classificazione sono basati sulla ricerca attuale e potranno essere modificati alla luce di nuove evidenze provenienti dalla ricerca futura, sia all'interno sia trasversalmente ai domini dei disturbi proposti. La Sezione III contiene il paragrafo "Condizioni per ulteriori studi", in cui sono elencati i disturbi per i quali non è attualmente disponibile un'evidenza scientifica atta a supportare un diffuso utilizzo clinico. Questi criteri diagnostici sono stati inclusi al fine di evidenziare l'evoluzione e la direzione del progresso scientifico in queste aree e per stimolare ulteriori ricerche.

Come avviene nel corso di tutti i processi di revisione, specialmente di questa complessità, sono emersi punti di vista differenti, e si è tentato di prenderne in considerazione diversi e di accoglierli, se giustificati. Per esempio, i disturbi di personalità sono inseriti sia nella Sezione II sia nella Sezione III. Nella Sezione II i criteri sono gli stessi del DSM-IV-TR, ma il testo relativo è stato aggiornato, mentre la Sezione III contiene le proposte dei modelli di ricerca per le diagnosi dei disturbi di personalità e la concettualizzazione sviluppata dal gruppo di lavoro del DSM-5 deputato alla personalità e ai disturbi di personalità. Dato che questo campo si evolve, si auspica che entrambe le versioni forniscano un valido aiuto alla pratica clinica e alle iniziative di ricerca.

L'armonizzazione con l'ICD-11

I gruppi incaricati delle revisioni del DSM e dell'ICD hanno condiviso l'obiettivo generale di armonizzare il più possibile le due classificazioni per le seguenti ragioni:

- l'esistenza di due principali classificazioni dei disturbi mentali ostacola la raccolta e l'utilizzo di statistiche sanitarie a livello nazionale, la progettazione di ricerche sperimentali in ambito clinico finalizzate a sviluppare nuovi trattamenti e la possibilità di applicare globalmente i risultati da parte delle agenzie di regolamentazione;

- più in generale, l'esistenza di due classificazioni complica i tentativi di replicare i risultati scientifici trasversalmente ai singoli paesi;
- anche se l'intenzione è stata quella di identificare popolazioni di pazienti identiche, le diagnosi del DSM-IV e dell'ICD-10 non sono sempre concordi.

Già all'inizio delle revisioni è emerso che una struttura organizzativa comune avrebbe aiutato ad armonizzare le classificazioni. Infatti, l'uso di uno schema condiviso ha contribuito a integrare l'operato dei gruppi di lavoro del DSM e dell'ICD e a concentrarsi sui problemi scientifici. L'organizzazione del DSM-5 e la struttura lineare proposta dall'ICD-11 sono state approvate dalla direzione del NIMH Research Domain Criteria (RDoC) in accordo con l'iniziale struttura generale di questo progetto.

Naturalmente ci si attendeva un iniziale disaccordo relativo alla classificazione della psicopatologia e su specifici criteri per determinati disturbi, dato l'attuale stato della conoscenza scientifica. Comunque, la maggior parte delle differenze salienti tra la classificazione del DSM e dell'ICD non riflette reali differenze scientifiche, ma rappresenta piuttosto il derivato storico di processi di lavoro di comitati indipendenti.

Con grande sorpresa dei partecipanti a entrambi i processi di revisione, gran parte delle sezioni è stata relativamente facile da collocare, riflettendo una reale forza in alcune aree della letteratura scientifica, come l'epidemiologia, l'analisi della comorbilità, gli studi sui gemelli e alcuni altri studi con base genetica. L'emergere di differenze ha rispecchiato quasi sempre il bisogno di prendere una decisione relativa al collocamento di un disturbo in presenza di dati incompleti o più spesso in conflitto tra loro. Così, per esempio, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) è stato inserito tra i disturbi del neurosviluppo sulla base di pattern di sintomi, comorbilità e fattori di rischio comuni ma, nel contempo, gli stessi dati forniscono validi argomenti per la collocazione del DDAI all'interno del disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta (si veda Sezione II). Questi problemi sono stati risolti sulla base delle evidenze cliniche (in particolar modo i validatori approvati dalla Task Force del DSM-5). I gruppi di lavoro hanno tuttavia riconosciuto che scoperte future potrebbero modificare sia la collocazione sia i profili dei singoli disturbi e, inoltre, che l'organizzazione semplice e lineare che supporta al meglio la pratica clinica possa non cogliere completamente la complessità e l'eterogeneità dei disturbi mentali. L'organizzazione revisionata è coordinata con il capitolo dei disturbi mentali e comportamentali (Capitolo V) dell'ICD-11, che utilizzerà un sistema ampliato di codifica numerica-alfanumerica. Comunque, il sistema ufficiale di codifica in uso negli Stati Uniti al momento della pubblicazione del presente manuale è quello dell'International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM), l'adattamento americano dell'ICD-9. L'entrata in vigore negli Stati Uniti dell'International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM), la versione adattata dell'ICD-10, è in programma per l'ottobre 2014. Data l'imminente uscita dell'ICD-11, si è deciso che fosse più importante puntare su questa iterazione, anziché sull'ICD-10, per effettuare l'armonizzazione. Comunque, visto che l'adozione del sistema di codifica dell'ICD-9-CM sarà ancora in vigore al momento della pubblicazione del DSM-5, sarà necessario utilizzare i codici dell'ICD-9-CM. Inoltre, dato che la struttura organizzativa del DSM-5 riflette la struttura anticipata dell'ICD-11, i codici finali di quest'ultima classificazione seguiranno più strettamente l'ordine sequenziale delle diagnosi nella struttura dei capitoli del DSM-5. Al momento, sono stati indicati per ogni disturbo sia i codici dell'ICD-9-CM sia quelli dell'ICD-10-CM. Questi codici non sono in ordine sequenziale in tutto il manuale, in quanto sono stati assegnati per integrare le precedenti strutture organizzative.

L'approccio dimensionale alla diagnosi

Problemi di ordine strutturale radicati nella progettazione di base della precedente classificazione del DSM, costituita da un vasto numero di categorie diagnostiche ristrette, sono emersi sia nella pratica clinica sia nella ricerca. Evidenze rilevanti provengono da diverse fonti, inclusi studi di comorbilità e il sostanziale bisogno di diagnosi non altrimenti specificate, che rappresentano la maggioranza delle diagnosi in aree come i disturbi dell'alimentazione, i disturbi di personalità e i disturbi dello spettro dell'autismo. Studi sui fattori di rischio genetici e ambientali, siano essi basati sugli studi sui gemelli, sulla trasmissione familiare o sull'analisi molecolare, hanno sollevato problematiche relative alla struttura categoriale del DSM. Dal momento che il precedente approccio del DSM considerava ogni diagnosi categoricamente separata dalla condizione di salute e da altre diagnosi, non è stato in grado di cogliere l'ampia condivisione di sintomi e di fattori di rischio da parte di molti disturbi, che invece si mostra evidente negli studi di comorbilità. Le precedenti edizioni del DSM si sono concentrate sull'esclusione dalle diagnosi dei risultati che rappresentano falsi positivi; quindi, le categorie erano molto ristrette, come mostra l'esteso ricorso alla diagnosi "non altrimenti specificato". Infatti, l'obiettivo un tempo accettabile di identificare popolazioni omogenee per il trattamento e la ricerca ha dato origine a categorie diagnostiche ristrette che non colgono in pieno la realtà clinica, l'eterogeneità dei sintomi all'interno dei disturbi e la condivisione di sintomi significativi da parte di disturbi multipli. La storica aspirazione di raggiungere l'omogeneità attraverso la sottotipizzazione all'interno delle categorie dei disturbi non è più sensata; come le patologie umane più comuni, anche i disturbi mentali hanno più livelli di eterogeneità, a partire dai fattori di rischio genetici fino ai sintomi.

In relazione alle raccomandazioni sulle modifiche della struttura dei capitoli del DSM-5, i membri del gruppo di studio degli spettri diagnostici hanno esaminato la possibilità che validatori scientifici offrono una base al raggruppamento di disturbi correlati all'interno della struttura di classificazione esistente. A tale scopo sono stati raccomandati undici di questi indicatori: condivisione di substrati neurali, caratteristiche familiari, fattori di rischio genetici, specifici fattori di rischio ambientali, marker biologici, antecedenti temperamentali, anormalità dell'elaborazione cognitiva ed emotiva, similarità dei sintomi, decorso della malattia, alta comorbilità e condivisione della risposta al trattamento. Questi indicatori sono serviti come linee guida per orientare i processi decisionali dei gruppi di lavoro e della Task Force su come raggruppare i disturbi in modo da massimizzarne la validità e l'utilità clinica.

Come parte del processo di elaborazione sia del DSM-5 sia dell'ICD-11, al fine di documentare che tali validatori sono serviti più a suggerire ampi raggruppamenti di disturbi che per la "validazione" dei criteri diagnostici di singoli disturbi, è stata sviluppata e pubblicata su un'importante rivista internazionale (*Psychological Medicine*, vol. 39, 2009) una serie di saggi. Il raggruppamento dei disturbi mentali nel DSM-5 ha lo scopo di favorire la ricerca futura per aumentare la comprensione dell'origine dei disturbi e delle comunanze patofisiologiche tra i disturbi e, infine, per fornire una base per replicazioni future in cui i dati possono essere rianalizzati nel tempo affinché ne sia valutata continuamente la validità. Le costanti revisioni del DSM-5 lo renderanno un "documento vivente" adattabile a scoperte future riguardanti la neurobiologia, la genetica e l'epidemiologia.

Sulla base dei dati pubblicati relativi all'analisi comune del DSM-5 e dell'ICD-11, è stato dimostrato che il raggruppamento dei disturbi in accordo con quelli che vengono chiamati fattori *internalizzanti* ed *esternalizzanti* rappresenta un approccio empiricamente fondato. All'interno sia del gruppo dei disturbi internalizzanti (disturbi caratterizzati fondamentalmente da sintomi di tipo ansioso, depressivi e somatici) sia del gruppo dei disturbi esternalizzanti (rappresentato da disturbi con sintomi importanti e da uso di sostanze), la condivisione di fattori di rischio genetici e ambientali, come mostrato dagli studi sui gemelli, spiega probabilmente molte delle comorbilità sistematiche osservate sia nei campioni clinici sia in quelli della popolazione. L'aver collocato uno vicino all'altro i "disturbi internalizzanti", caratterizzati da umore depresso, ansia e sintomi fisiologici e cognitivi a essi correlati, dovrebbe incoraggiare lo sviluppo di nuovi approcci diagnostici, inclusi gli approcci dimensionali, e anche facilitare l'identificazione di marker biologici. Allo stesso modo, la vicinanza dei disturbi del "gruppo esternalizzante", che include quei disturbi che mostrano comportamenti antisociali, alterazioni della condotta, addiction e disturbi del controllo degli impulsi, dovrebbero incoraggiare il progresso nell'identificazione delle diagnosi, dei marker e dei meccanismi sottostanti.

Nonostante i problemi posti dalle diagnosi categoriali, la Task Force del DSM-5 ha riconosciuto che è scientificamente prematuro proporre definizioni alternative per la maggior parte dei disturbi. La struttura organizzativa è stata pensata come un ponte verso nuovi approcci diagnostici, senza però sconvolgere l'attuale pratica clinica e la ricerca. Con il supporto del materiale di training associato al DSM, dei National Institutes of Health e di altre agenzie che finanziano la ricerca, e di pubblicazioni scientifiche, l'approccio dimensionale del DSM-5 e la struttura organizzativa possono facilitare la ricerca attraverso le attuali categorie diagnostiche, incoraggiando maggiori indagini all'interno dei capitoli proposti e tra i capitoli contigui. Una tale riformulazione degli obiettivi di ricerca dovrebbe anche mantenere il DSM-5 centrale nello sviluppo di approcci dimensionali alla diagnosi che nei prossimi anni andrà probabilmente a integrare o sostituire gli approcci categoriali correnti.

Considerazioni sullo sviluppo e sull'arco di vita

Al fine di aumentare l'utilità clinica, il DSM-5 è organizzato sulla base di considerazioni relative allo sviluppo e all'arco di vita. Il manuale inizia con diagnosi di disturbi relativi ai processi evolutivi, che si manifestano nelle prime fasi della vita (per es., disturbi del neurosviluppo e dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici), seguite da diagnosi di disturbi che si manifestano più spesso nell'adolescenza e nella giovane età adulta (come disturbo bipolare, disturbi depressivi e disturbi d'ansia), e finisce con diagnosi pertinenti all'età adulta e all'età avanzata (per es., disturbi neurocognitivi). Un simile approccio è stato utilizzato, quando possibile, anche all'interno dei capitoli. Questa struttura facilita l'utilizzo completo di dati relativi all'arco di vita come metodo per facilitare le decisioni diagnostiche.

L'organizzazione proposta nei capitoli del DSM-5 che seguono quello dedicato ai disturbi del neurosviluppo si basa su gruppi di disturbi internalizzanti (emotivi e somatici), di disturbi esternalizzanti, di disturbi neurocognitivi e di altri disturbi. L'auspicio è che tale organizzazione stimoli ulteriori studi relativi ai processi patofisiologici sottostanti che danno luogo alla comorbilità diagnostica e all'eterogeneità sintomatologica. Inoltre, organizzando i cluster di disturbi per rispecchiare la realtà clinica, il DSM-5 dovrebbe facilitare l'identificazione delle diagnosi anche da parte di specialisti che non appartengono all'area della salute mentale, come i medici di base.

La struttura organizzativa del DSM-5, insieme all'armonizzazione con l'ICD, è progettata per fornire concetti diagnostici migliori e più flessibili per la ricerca futura e

fungere da utile guida ai clinici che devono spiegare ai pazienti l'assegnazione di diagnosi multiple o di diagnosi addizionali o la modifica della diagnosi nel corso della vita dei pazienti stessi.

Problemi culturali

I disturbi mentali sono definiti in relazione alle norme e ai valori culturali, sociali e familiari. La cultura di appartenenza fornisce dei contesti interpretativi che modellano l'esperienza e la manifestazione di sintomi, segni e comportamenti che costituiscono i criteri per la diagnosi. La cultura viene trasmessa, rivista e ricreata all'interno della famiglia e di altri sistemi sociali e istituzioni. La valutazione diagnostica deve quindi tener conto della possibilità che le esperienze, i sintomi e i comportamenti di un individuo possano differire da norme socioculturali e portare a difficoltà di adattamento nelle culture di origine e in specifici contesti sociali o familiari. Durante lo sviluppo del DSM gli elementi chiave della cultura sono stati considerati rilevanti per la classificazione diagnostica e la valutazione.

Nella Sezione III, il capitolo "Inquadramento culturale" contiene una trattazione dettagliata relativa alla cultura e alla diagnosi nel DSM-5, compresi gli strumenti per un'approfondita valutazione culturale. All'interno dell'Appendice, il "Glossario dei concetti culturali di sofferenza" fornisce la descrizione di alcune sindromi culturali comuni, di concetti culturali del disagio, e spiegazioni causali utili alla pratica clinica.

I confini tra normalità e patologia variano da una cultura all'altra per specifiche tipologie di comportamento. Le soglie di tolleranza per specifici sintomi o comportamenti differiscono tra culture, contesti sociali e famiglie. Di conseguenza, il livello al quale un'esperienza assume tratti patologici sarà differente. La decisione relativa all'attribuzione di anormalità a un comportamento e alla necessità di attenzione clinica dipende dalle norme culturali interiorizzate dall'individuo e applicate dagli altri, inclusi i membri della famiglia e i clinici. La consapevolezza della significatività della cultura può correggere interpretazioni erronee della psicopatologia, ma la cultura può altresì contribuire alla vulnerabilità e alla sofferenza (per es., amplificando le paure che alimentano i disturbi di panico e d'ansia). I significati culturali, le abitudini e le tradizioni possono stigmatizzare o supportare la risposta sociale e familiare alla malattia mentale. La cultura può fornire strategie di coping che aumentano il livello di resilienza in risposta alla malattia o suggerire la ricerca di aiuto e le opzioni per accedere alle cure sanitarie di vario tipo, incluse quelle offerte dalle medicine alternative e complementari. La cultura può influenzare l'accettazione o il rifiuto di una diagnosi e l'aderenza al trattamento, incidendo sul decorso della malattia e la guarigione. Inoltre, la cultura influisce sulla conduzione dell'incontro clinico; ne risulta che le differenze culturali tra clinico e paziente influenzano l'accuratezza e l'accettazione della diagnosi, così come le scelte di trattamento, la prognosi, i risultati clinici.

Storicamente, il costrutto di sindrome legata alla cultura è stato di grande interesse per la psichiatria culturale. Il DSM-5 ha sostituito questo costrutto con tre concetti che offrono una maggiore utilità clinica.

1. La *sindrome culturale* è un cluster o un gruppo di sintomi concomitanti e relativamente invarianti che si trovano all'interno di uno specifico gruppo culturale, una comunità o un contesto (per es., *ataque de nervios*). La sindrome può essere o non essere riconosciuta come una patologia all'interno della cultura (per es., può essere etichettata in vari modi), ma certi pattern culturali di sofferenza e caratteristiche di malattia possono tuttavia essere riconosciuti da parte di un osservatore esterno.

2. Il *concetto culturale di sofferenza* è un termine linguistico, una frase o un modo di dire relativo alla sofferenza usato da individui di un gruppo culturale (per es., un'etnia o una religione), che si riferisce a concetti condivisi di patologia e a modi di esprimere, comunicare o nominare le caratteristiche essenziali della sofferenza (per es., *kufungisia*). Un concetto culturale di sofferenza non necessita dell'associazione a specifici sintomi, sindromi o cause percepite. Può essere usato per comunicare un'ampia gamma di disagi, incluse esperienze quotidiane, condizioni subcliniche, o la sofferenza dovuta a circostanze sociali piuttosto che a disturbi mentali. Per esempio, la maggior parte delle culture ha idiomi corporei di sofferenza comuni utilizzati per esprimere un ampio range di sofferenze e preoccupazioni.
3. La *spiegazione culturale o la causa percepita* è un'etichetta, un'attribuzione o la caratteristica di un modello esplicativo che fornisce un'eziologia ideata culturalmente o una causa a sintomi, alla malattia o alla sofferenza (per es., *maladi moun*). Le spiegazioni causali possono essere importanti caratteristiche delle classificazioni popolari dei disturbi usate dai profani o dai guaritori.

Questi tre concetti (che sono ampiamente trattati nella Sezione III e nell'Appendice) propongono modalità culturali per comprendere e descrivere le esperienze di malattia che possono essere elicitate durante l'incontro clinico. Esse influenzano la sintomatologia, la richiesta di aiuto, le manifestazioni cliniche, le aspettative di trattamento, l'adattamento alla malattia e la risposta al trattamento. Lo stesso termine culturale spesso assolve a più di una di queste funzioni.

Differenze di genere

Le differenze di sesso e di genere cui si riferiscono le cause e l'espressione di condizioni mediche sono stabilite per un certo numero di malattie, tra cui specifici disturbi mentali. Le revisioni del DSM-5 hanno incluso la considerazione delle potenziali differenze tra uomini e donne nell'espressione della malattia mentale. In termini di nomenclatura, le differenze di sesso sono variazioni attribuibili agli organi riproduttivi di un individuo e alla coppia di cromosomi XX o XY. Le *differenze di genere* sono variazioni derivanti sia dal sesso biologico sia dalla rappresentazione di sé individuale che includono le conseguenze psicologiche, comportamentali e sociali della percezione del genere. L'espressione *differenze di genere* è usata nel DSM-5 in quanto, solitamente, le differenze tra uomini e donne sono il risultato sia del sesso biologico sia della rappresentazione di sé individuale. Tuttavia, alcune differenze sono basate esclusivamente sul sesso biologico.

Il genere può influenzare la malattia in vari modi. Primo, esso può determinare esclusivamente se un individuo è a rischio di un disturbo (per es., il disturbo disforico premestruale). Secondo, il genere può ridurre il rischio complessivo di sviluppare un disturbo, come mostrato dalle marcate differenze di genere nei tassi di prevalenza e di incidenza per determinati disturbi mentali. Terzo, il genere può influenzare la probabilità che particolari sintomi di un disturbo siano esperiti da un individuo. Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è un esempio di disturbo che mostra delle differenze nella manifestazione che sono solitamente esperite da bambini o da bambine. Probabilmente il genere ha altri effetti sull'esperienza di un disturbo che sono indirettamente rilevanti ai fini della diagnosi psichiatrica. Potrebbe essere che determinati sintomi siano più facilmente promossi da uomini o da donne e che questo contribuisca a creare differenze nelle prestazioni di servizio (per es., le donne potrebbero avere una maggiore possibilità di riconoscere un disturbo depressivo, bipolare o d'ansia e di promuovere una lista più completa di sintomi rispetto agli uomini).

Eventi della vita riproduttiva, incluse le variazioni del livello degli estrogeni, contribuiscono al rischio e alla manifestazione della malattia legati alle differenze di genere. Pertanto, uno specificatore che rilevi l'esordio nel postpartum di un episodio maniacale o depressivo maggiore denota un lasso di tempo in cui le donne possono essere esposte a un rischio maggiore di esordio di un episodio di malattia. Le alterazioni del sonno e dell'energia sono solitamente frequenti nelle donne nel periodo postpartum e quindi si può avere una minore attendibilità diagnostica in queste donne.

Il manuale è configurato al fine di includere informazioni relative al genere a vari livelli. In caso di presenza di sintomi specificamente legati al genere, essi sono stati inclusi tra i criteri diagnostici. Uno specificatore collegato al genere, come l'esordio di un episodio di alterazione dell'umore nel periodo seguente il parto, fornisce ulteriori informazioni sul genere e sulla diagnosi. Infine, altre problematiche pertinenti alla diagnosi e al genere possono essere trovate nella sezione "Aspetti diagnostici correlati al genere".

Uso di "disturbo con altra specificazione" e di "disturbo senza specificazione"

Al fine di aumentare la specificità diagnostica, il DSM-5 ha sostituito la precedente designazione NAS (*non altrimenti specificato*) con due opzioni per l'utilizzo clinico: *disturbo con altra specificazione* e *disturbo senza specificazione*. La categoria *disturbo con altra specificazione* è stata costituita al fine di consentire al clinico di comunicare le ragioni specifiche che spiegano perché i criteri non rientrano in una specifica categoria all'interno di una classe diagnostica. Ciò avviene attraverso la registrazione del nome della categoria, seguito dalla ragione specifica. Per esempio, nel caso di un individuo che presenta sintomi depressivi clinicamente significativi della durata di quattro settimane, ma la cui sintomatologia è inferiore alla soglia per la diagnosi di un episodio depressivo maggiore, il clinico dovrebbe registrare il disturbo come segue: "disturbo depressivo con altra specificazione, episodio depressivo con sintomi insufficienti". Se il clinico decide di non specificare la ragione per la quale i criteri per uno specifico disturbo non vengono raggiunti, allora si procede nel seguente modo: "disturbo depressivo senza specificazione". È da notare che la differenziazione tra disturbi con altra specificazione e disturbi senza specificazione si basa sulla decisione del clinico, offrendo la massima flessibilità per la diagnosi. I clinici non devono distinguere i disturbi *con altra specificazione* dai disturbi *senza specificazione* basandosi su alcune caratteristiche della manifestazione stessa. Quando il clinico determina che vi sono evidenze per specificare la natura della manifestazione, allora è possibile attribuire la diagnosi *con altra specificazione*. Al contrario, quando il clinico non è in grado di specificare e descrivere ulteriormente la manifestazione clinica, allora è possibile utilizzare la diagnosi *senza specificazione*. Tutto ciò è lasciato interamente al giudizio del clinico.

Per una discussione più dettagliata su come utilizzare le designazioni *con altra specificazione* e *senza specificazione* si rimanda al paragrafo "Uso del manuale" nella Sezione I.

Il sistema multiassiale

Nonostante il suo diffuso utilizzo e la sua adozione da parte di alcune agenzie governative e assicurative statunitensi, il sistema multiassiale nel DSM-IV non era necessario al fine di effettuare una diagnosi di disturbo mentale. Nel manuale era stato inserito un sistema di valutazione non assiale che semplicemente elenca i disturbi e le condizioni degli Assi I, II e III senza una designazione assiale. Il DSM-5 si è spostato a una documentazione delle diagnosi non assiale (in passato Asse I, II e III), con notazioni separate per alcuni importanti fattori psicosociali e contestuali (in passato Asse IV) e la disabilità (in passato Asse V). Questa revisione è in accordo con il testo del DSM-IV che afferma che "la distinzione multiassiale tra disturbi di Asse I, II e III non implica che vi siano differenze fondamentali nella loro concettualizzazione" e che queste condizioni mediche generali non sono correlate a fattori o processi fisici di natura fisica o biologica. L'approccio della rilevazione separata delle diagnosi da fattori psicosociali e contestuali è anch'esso in accordo con l'indicazione stabilita dalla WHO e dall'ICD di considerare lo stato funzionale dell'individuo separatamente dalla diagnosi o dai sintomi. Nel DSM-5 l'Asse III è stato combinato con gli Assi I e II. I clinici dovrebbero continuare a elencare le condizioni mediche che sono importanti al fine della comprensione o della gestione dei disturbi mentali di un individuo.

L'Asse IV del DSM-IV ha individuato i problemi psicosociali e ambientali che possono influenzare la diagnosi, il trattamento e la prognosi dei disturbi mentali. Nonostante quest'asse fornisca utili informazioni, anche se non è stato utilizzato tanto quanto si pensava, la Task Force del DSM-5 ha consigliato che il DSM-5 non sviluppi la propria classificazione dei problemi di ordine psicosociale e ambientale, ma piuttosto usi una serie selezionata di codici dell'ICD-9-CM V e i nuovi codici Z contenuti all'interno dell'ICD-10-CM. I codici Z dell'ICD-10 sono stati esaminati per determinare quali siano più rilevanti per i disturbi mentali e anche per identificare le lacune.

L'Asse V del DSM-IV è costituito dal Global Assesment of Functioning (VGF), che rappresenta il giudizio del clinico relativo al livello complessivo di funzionamento lungo un ipotetico continuum, gli estremi del quale rappresentano rispettivamente la salute mentale e la malattia. È stato preferito escludere la VGF dal DSM-5 per una serie di ragioni, tra cui la mancanza di chiarezza concettuale (per es., inclusione di sintomi, rischio suicidario e disabilità nei suoi descrittori) e una psicometria discutibile nella pratica di routine. Al fine di fornire una misura globale di disabilità, è stata inclusa la WHO Disability Assessment Schedule nella Sezione III del DSM-5 (capitolo "Scale di valutazione"). La WHODAS si basa sulla International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) per l'uso in tutti gli ambiti della medicina e dell'assistenza sanitaria. La WHODAS (versione 2.0) e la versione sviluppata per bambini/adolescenti e genitori da parte dell'Impairment and Disability Study Group sono state incluse nelle ricerche sul campo del DSM-5.

Materiali integrativi online

È stato difficile stabilire cosa includere nella versione cartacea del DSM-5 per renderlo clinicamente più utile e rilevante, mantenendo allo stesso tempo un formato maneggevole. Per questa ragione, l'inserimento di scale di valutazione e di misure nella versione cartacea è limitato agli strumenti considerati più importanti. Ulteriori strumenti di valutazione utilizzati nelle ricerche sul campo sono disponibili online (www.raffaellocortina.it/dsm-5). L'Intervista per l'inquadramento culturale e l'Intervista per l'inquadramento culturale – Versione per l'informatore sono disponibili sul sito www.raffaellocortina.it/dsm-5.

La struttura organizzativa del DSM-5, l'utilizzo di scale di valutazione e la compatibilità con i codici dell'ICD gli permetteranno di essere prontamente adattabile alle future scoperte scientifiche e ai perfezionamenti relativi alla sua utilità clinica. Il DSM-5 sarà continuamente oggetto di esame nel tempo per valutarne la validità e accrescerne il valore per i clinici.

Uso del manuale

L'Introduzione contiene gran parte della storia e del processo evolutivo della revisione del DSM-5. Questa sezione è stata pensata per fornire una guida operativa all'uso del DSM-5, in particolare nella pratica clinica. Lo scopo primario del DSM-5 è quello di assistere clinici esperti nella diagnosi dei disturbi mentali dei propri pazienti come parte di una valutazione della formulazione del caso che conduce a un piano di trattamento costruito su tutte le informazioni disponibili per ciascun individuo. I sintomi contenuti nei rispettivi set di criteri diagnostici non costituiscono una definizione esauriente dei disturbi sottostanti, i quali racchiudono processi cognitivi, emotivi, comportamentali e fisiologici molto più complessi di quanto possa essere descritto in questi brevi riassunti. Piuttosto, essi si prefiggono di sintetizzare caratteristiche sindromi di segni e sintomi che orientano verso un disturbo sottostante con una storia evolutiva caratteristica, fattori di rischio biologici e ambientali, correlati neuropsicologici e fisiologici e decorso clinico tipico.

Approccio alla formulazione del caso clinico

La caratterizzazione di ogni singolo paziente deve comprendere un'accurata storia clinica e un riassunto conciso dei fattori sociali, psicologici e biologici che possono aver contribuito allo sviluppo di un determinato disturbo mentale. Di conseguenza, non è sufficiente verificare soltanto la presenza dei sintomi elencati nei criteri diagnostici per porre una diagnosi di disturbo mentale. Sebbene un controllo sistematico della presenza di detti criteri nella modalità in cui si applicano a ciascun paziente assicuri una valutazione più affidabile, la relativa gravità e la valenza dei criteri individuali, nonché il loro contributo ai fini di una diagnosi, richiedono un giudizio clinico. I sintomi nei nostri criteri diagnostici sono parte di un repertorio relativamente limitato di risposte emotive a fattori stressanti interni ed esterni che sono generalmente mantenuti in un equilibrio omeostatico senza uno scompenso nel normale funzionamento. Ciò richiede un training clinico per riconoscere quando la combinazione di fattori predisponenti, precipitanti, perpetuanti e protettivi ha portato a una condizione psicopatologica in cui segni e sintomi fisici eccedono il range di normalità. Il fine ultimo della formulazione di un caso clinico è quello di utilizzare le informazioni contestuali e diagnostiche disponibili per mettere a punto un piano di trattamento globale conforme al contesto culturale e sociale dell'individuo. Tuttavia, le raccomandazioni per la scelta e l'uso

delle opzioni di trattamento più appropriate basate sull'evidenza scientifica per ogni disturbo vanno oltre lo scopo di questo manuale.

Nonostante decenni di sforzi scientifici dedicati allo sviluppo dei set di criteri diagnostici inclusi nella Sezione II, è noto che questo set di diagnosi categoriali non descrive in modo esaustivo l'intera gamma di disturbi mentali di cui gli individui soffrono e che manifestano ai clinici quotidianamente in tutto il mondo. Come accennato nell'Introduzione, la gamma di interazioni genetico/ambientali che, nel corso dello sviluppo umano, interessano le funzioni cognitive, emotive e comportamentali è virtualmente illimitata. Di conseguenza, è impossibile racchiudere l'intera gamma di psicopatologie all'interno delle categorie diagnostiche attualmente in uso. È dunque necessario prevedere anche l'opzione disturbo "con altra specificazione/senza specificazione" per le manifestazioni che non rientrano esattamente nei confini diagnostici dei disturbi trattati in ogni capitolo. In un contesto di pronto soccorso è possibile individuare solo le espressioni sintomatiche più evidenti associate a un particolare capitolo – per esempio, deliri, allucinazioni, mania, depressione, ansia, intossicazione da sostanze o sintomi neurocognitivi – cosicché viene identificato un disturbo "senza specificazione" in quella categoria finché non diventa possibile una diagnosi differenziale più completa.

Definizione di disturbo mentale

Ogni disturbo identificato nella Sezione II del manuale (a esclusione di quelli presenti nei capitoli intitolati "Disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci" e "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica") deve soddisfare la definizione di disturbo mentale. Benché nessuna definizione possa cogliere tutti gli aspetti della gamma di disturbi contenuta nel DSM-5, sono richiesti i seguenti elementi:

> 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. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es., politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo, come descritto precedentemente.

La diagnosi di un disturbo mentale dovrebbe avere utilità clinica: dovrebbe aiutare i clinici a stabilire le prognosi, i piani terapeutici e i risultati potenzialmente attesi dal trattamento per i propri pazienti. Tuttavia, la diagnosi di un disturbo mentale non equivale alla necessità del trattamento. La necessità del trattamento è una decisione clinica complessa che prende in considerazione la gravità dei sintomi e la loro importanza (per es., la presenza di ideazione suicidaria), la sofferenza del paziente (dolore mentale) associata alla sintomatologia, la disabilità correlata ai sintomi, i rischi e i benefici dei trattamenti disponibili e altri fattori (per es., sintomi psichiatrici che causano complicanze in altre patologie). I clinici possono così trovarsi di fronte a individui i cui sintomi non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo mentale, ma che mostrano

un chiaro bisogno di trattamento o di cura. Il fatto che alcuni individui non mostrino tutti i sintomi indicativi di una diagnosi non dovrebbe essere usato come giustificazione per limitarne l'accesso a cure appropriate.

Approcci per validare i criteri diagnostici relativi a disturbi mentali categoriali discreti hanno incluso i seguenti tipi di evidenza: validatori antecedenti (marker genetici simili, caratteristiche familiari, temperamento ed esposizione ambientale), validatori concorrenti (substrati neurali, marker biologici, processi cognitivi ed emotivi e affinità di sintomi) e validatori predittivi (decorso clinico simile e risposta al trattamento). Nel DSM-5 riconosciamo che gli attuali criteri diagnostici per ogni singolo disturbo non identificheranno necessariamente un gruppo omogeneo di pazienti che possono essere caratterizzati in modo affidabile da tutti questi validatori. Le evidenze disponibili mostrano che questi validatori attraversano i confini diagnostici esistenti, ma tendono a raggrupparsi più frequentemente all'interno e tra gruppi contigui di capitoli del DSM-5. Finché non saranno identificati meccanismi eziologici o patofisiologici incontrovertibili per validare pienamente disturbi specifici o spettri di disturbi, lo standard più importante per i criteri dei disturbi del DSM-5 sarà la loro utilità clinica per la valutazione del decorso clinico e della risposta al trattamento di individui raggruppati da un determinato set di criteri diagnostici.

Questa definizione di disturbo mentale è stata sviluppata per finalità cliniche, di sanità pubblica e di ricerca. In genere sono richieste informazioni aggiuntive che vanno al di là di quelle contenute nei criteri diagnostici del DSM-5 per formulare giudizi legali su questioni come la responsabilità penale, i requisiti per un'indennità di invalidità e l'idoneità (si veda la "Dichiarazione cautelativa per l'uso del DSM-5 in ambito forense" in questo manuale).

Criterio per la significatività clinica

La Task Force del DSM-5 e il WHO hanno fatto sforzi sostanziali per distinguere il concetto di disturbo mentale da quello di disabilità (compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo e in altre aree importanti). Nel sistema del WHO, l'International Classification of Diseases (ICD) elenca tutte le malattie e i disturbi, mentre l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) fornisce una classificazione separata della disabilità globale. Il WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) si basa sull'ICF e si è dimostrato utile come misura standardizzata di disabilità per i disturbi mentali. Tuttavia, in assenza di marker biologici o di misure clinicamente utili per la valutazione della gravità per molti disturbi mentali, non è stato possibile separare completamente la manifestazione normale dei sintomi da quella patologica contenuta nei criteri diagnostici. Tale mancanza di informazioni è particolarmente problematica in situazioni cliniche in cui la manifestazione sintomatologica del paziente (soprattutto nelle forme lievi) non è intrinsecamente patologica e può essere osservata in individui per i quali una diagnosi di disturbo mentale sarebbe inappropriata. 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". Il testo che segue la definizione riveduta di disturbo mentale riconosce che questo criterio può essere particolarmente utile nel determinare la necessità di trattamento del paziente. Quando necessario, si raccomanda l'utilizzo di informazioni provenienti da familiari e terze parti (in aggiunta alle informazioni fornite dal paziente) relative alle prestazioni dell'individuo.

Elementi di una diagnosi

Criteri diagnostici e descrittori

I criteri diagnostici sono offerti come linee guida per porre le diagnosi, e il loro uso deve essere orientato dal giudizio clinico. Le descrizioni del testo, comprese le sezioni introduttive di ogni capitolo diagnostico, possono essere d'aiuto per fondare la diagnosi (per es., fornendo diagnosi differenziali, descrivendo con maggior precisione i criteri nel paragrafo "Caratteristiche diagnostiche").

Successivamente alla valutazione dei criteri diagnostici, i clinici dovrebbero considerare la possibilità di applicare gli appropriati sottotipi dei disturbi e/o gli specificatori. Gli specificatori relativi al decorso e alla gravità dovrebbero essere applicati per descrivere la manifestazione attuale dell'individuo, ma solo quando sono soddisfatti tutti i criteri. Quando non sono soddisfatti tutti i criteri, il clinico dovrebbe considerare se la manifestazione dei sintomi soddisfa i criteri per una designazione "con altra specificazione" o "senza specificazione". Laddove applicabili, con ogni diagnosi vengono forniti criteri specifici per la definizione della gravità del disturbo (per es., lieve, moderata, grave, estrema), delle caratteristiche descrittive (per es., con insight buono o insight scarso; in ambiente controllato) e del decorso (per es., in remissione parziale, in remissione completa, ricorrente). Sulla base del colloquio clinico, delle descrizioni del testo, dei criteri diagnostici e del giudizio clinico, viene posta una diagnosi finale.

La convenzione generale nel DSM-5 è quella di consentire l'assegnazione di diagnosi multiple a quelle manifestazioni che soddisfano i criteri per più di un disturbo del DSM-5.

Sottotipi e specificatori

Sottotipi e specificatori (alcuni dei quali sono codificati nella quarta, quinta o sesta cifra) sono forniti al fine di aumentare la specificità. I *sottotipi* definiscono sottogruppi fenomenologici mutualmente esclusivi e congiuntamente esaustivi all'interno di una diagnosi e sono indicati dall'istruzione "*Specificare* quale" nel set di criteri. Per contro, gli *specificatori* non sono pensati per essere mutualmente esclusivi e congiuntamente esaustivi e, di conseguenza, è possibile che sia assegnato più di uno specificatore. Gli specificatori sono indicati dall'istruzione "*Specificare*" o "*Specificare* se" nel set di criteri. Gli specificatori forniscono l'opportunità di definire un sottogruppo più omogeneo di individui con il disturbo che condivide determinate caratteristiche (per es., disturbo depressivo maggiore, con caratteristiche miste) e per comunicare informazioni rilevanti al fine della gestione del disturbo, come lo specificatore "comorbilità con altre condizioni mediche" nei disturbi del sonno-veglia. Nonostante sia talvolta assegnata una quinta cifra per codificare un sottotipo o uno specificatore (per es., 294.11 [F02.81] disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Alzheimer, con disturbi del comportamento) o la gravità (296.21 [F32.0] disturbo depressivo maggiore, episodio singolo, moderato), la maggioranza dei sottotipi e degli specificatori inclusi nel DSM-5 non possono essere codificati all'interno dei sistemi ICD-9-CM e ICD-10-CM e sono indicati solo dall'inclusione del sottotipo o dello specificatore in coda alla denominazione del disturbo (per es., disturbo d'ansia sociale [fobia sociale], tipo legata solo alla performance). Si noti che in alcuni casi è possibile codificare un sottotipo o uno specificatore nell'ICD-10-CM ma non nell'ICD-9-CM. Di conseguenza, in alcuni casi la quarta o quinta cifra di codifica per i sottotipi o gli specificatori è fornita solo per le designazioni di codifica dell'ICD-10-CM.

In genere la diagnosi del DSM-5 viene applicata alle manifestazioni attuali dell'individuo; precedenti diagnosi da cui l'individuo è guarito dovrebbero essere chiaramente annotate come tali. Gli specificatori che indicano il *decorso* (per es., in remissione parziale, in remissione completa) possono essere elencati dopo la diagnosi e sono indicati in molti set di criteri. Laddove disponibili, sono forniti specificatori di gravità per guidare il clinico nella valutazione dell'intensità, della frequenza, della durata, della quantità di sintomi o di altro indicatore della gravità di un disturbo. Gli specificatori di gravità sono indicati dall'istruzione "*Specificare* la gravità attuale" nel set di criteri e comprendono definizioni specifiche del disturbo. Nel set di criteri sono stati forniti anche *Specificatori delle caratteristiche descrittive*, i quali comunicano informazioni aggiuntive che possono informare la pianificazione del trattamento (per es., disturbo ossessivo-compulsivo, con insight scarso). Non tutti i disturbi comprendono specificatori del decorso, di gravità e/o delle caratteristiche descrittive.

Disturbi del movimento indotti da farmaci e altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica

In aggiunta a importanti fattori psicosociali e ambientali (si veda "Il sistema multiassiale" nell'Introduzione), questi capitoli della Sezione II contengono anche altre condizioni che non sono disturbi mentali, ma che possono essere incontrate dagli specialisti di salute mentale. Tali condizioni possono essere elencate come una ragione per richiedere una visita clinica, in aggiunta ai, o al posto dei, disturbi mentali elencati nella Sezione II. Un capitolo a parte è dedicato ai disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci, che possono essere valutati e trattati dai clinici nella pratica della salute mentale, come l'acatisia, la discinesia tardiva e la distonia. La descrizione della sindrome maligna da neurolettici è stata ampliata rispetto al DSM-IV-TR per metterne in luce la natura emergente e potenzialmente pericolosa per la vita, ed è fornita una nuova voce sulla sindrome da discontinuità degli antidepressivi. Un ulteriore capitolo discute altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica, tra cui problemi relazionali, problemi legati ad abuso e trascuratezza, maltrattamento e abbandono, problemi di adesione ai regimi di trattamento, obesità, comportamento antisociale e simulazione di malattia.

Diagnosi principale

Quando viene assegnata più di una diagnosi a un individuo in regime di ricovero, la diagnosi principale è la condizione che, dopo la valutazione, viene ritenuta principalmente responsabile del ricovero. Quando viene assegnata più di una diagnosi in un contesto ambulatoriale, il motivo della visita è la condizione principalmente responsabile delle prestazioni mediche ambulatoriali fornite durante la visita stessa. Nella maggior parte dei casi la diagnosi principale, o il motivo della visita, costituisce anche il focus primario dell'attenzione o del trattamento. È spesso difficile (e in qualche modo arbitrario) determinare quale diagnosi o motivo della visita sia principale, soprattutto quando, per esempio, una diagnosi correlata all'uso di sostanze, come il disturbo da uso di alcol, si accompagna a una diagnosi non correlata all'uso di sostanze, come la schizofrenia. Per esempio, può non essere chiaro quale diagnosi dovrebbe essere considerata "principale" in un individuo ospedalizzato con schizofrenia e contemporaneamente disturbo da uso di alcol, poiché ciascuna condizione può avere in ugual modo contribuito a rendere necessari il ricovero e il trattamento. La diagnosi principale si indica elencandola per prima, mentre gli altri disturbi sono elencati in ordine

di focus di attenzione e di trattamento. Quando la diagnosi principale o il motivo della visita è un disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica (per es., disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Alzheimer, disturbo psicotico dovuto a tumore maligno al polmone), le regole di codifica dell'ICD richiedono di elencare per prima la condizione medica eziologica. In questo caso, la diagnosi principale o motivo della visita sarebbe il disturbo mentale dovuto alla condizione medica, la diagnosi elencata per seconda. Nella maggior parte dei casi, il disturbo elencato come diagnosi principale o come motivo della visita è seguito dalla frase qualificante "(diagnosi principale)" o "(motivo della visita)".

Diagnosi provvisoria

La specificazione "provvisoria" può essere utilizzata quando vi è l'ipotesi fondata che alla fine verranno soddisfatti pienamente i criteri per un disturbo, ma non sono disponibili informazioni sufficienti per porre una diagnosi sicura. Il clinico può indicare l'incertezza diagnostica registrando "(provvisoria)" dopo la diagnosi. Per esempio, questa diagnosi potrebbe essere usata quando un individuo che appare affetto da disturbo depressivo maggiore è incapace di fornire un'anamnesi adeguata e, di conseguenza, non è possibile stabilire se i criteri vengono pienamente soddisfatti. Un altro uso del termine *provvisorio* si ha per quelle situazioni in cui la diagnosi differenziale dipende esclusivamente dalla durata della malattia. Per esempio, una diagnosi di disturbo schizofreniforme richiede una durata inferiore ai 6 mesi ma di almeno 1 mese, e può essere posta solo provvisoriamente nel caso sia assegnata prima del verificarsi della remissione.

Procedure di codifica e di registrazione

Ogni disturbo è accompagnato da un codice identificativo e statistico, che viene tipicamente utilizzato dalle istituzioni e dalle agenzie per la raccolta dati e finalità di fatturazione. Esistono specifici protocolli di registrazione per questi codici diagnostici (identificati come note di codifica nel testo) che sono stati stabiliti dal WHO, dagli U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) e dai Centers for Disease Control and Prevention's National Center for Health Statistics al fine di garantire una registrazione internazionale coerente dei tassi di prevalenza e mortalità per identificate condizioni di salute. La maggior parte dei clinici usa i codici per identificare la diagnosi o il motivo della visita per il CMS e per le richieste di erogazione di servizi alle assicurazioni private. Il sistema di codifica ufficiale in uso negli Stati Uniti al momento della pubblicazione di questo manuale è l'ICD-9-CM. L'adozione ufficiale del sistema ICD-10-CM è prevista per il 1° ottobre 2014, e questi codici, messi tra parentesi nel presente manuale, non dovrebbero essere usati fino all'avvenuta attuazione ufficiale. Sia i codici dell'ICD-9-CM sia quelli dell'ICD-10-CM sono stati elencati 1) prima della denominazione del disturbo nella classificazione e 2) in corrispondenza al set di criteri per ogni disturbo. Per alcuni disturbi (per es., disturbi neurocognitivi e disturbi indotti da farmaci/sostanze), il codice appropriato dipende dall'ulteriore specificatore ed è elencato all'interno del set di criteri per il disturbo, come note di codifica e, in alcuni casi, ulteriormente chiarito in una sezione sulle procedure di registrazione. Le denominazioni di alcuni disturbi sono seguite da definizioni alternative messe tra parentesi che, nella maggior parte dei casi, corrispondono alle denominazioni del DSM-IV.

Guardando al futuro: strumenti di valutazione e monitoraggio

Le varie componenti del DSM-5 sono fornite per facilitare la valutazione del paziente e come ausilio per sviluppare una formulazione completa del caso. Mentre i criteri diagnostici nella Sezione II sono strumenti di valutazione consolidati che sono stati sottoposti ad ampia revisione, le scale di valutazione, un'intervista per l'inquadramento culturale e le condizioni che necessitano di ulteriori studi inclusi nella Sezione III sono quelli per cui abbiamo stabilito che non sono ancora disponibili le evidenze scientifiche in grado di sostenerne un utilizzo clinico diffuso. Tali ausili e criteri diagnostici sono stati inclusi per mettere in luce l'evoluzione e la direzione dei progressi scientifici in queste aree e per stimolare ulteriori ricerche.

Ciascuno degli strumenti di valutazione nella Sezione III è fornito per favorire una valutazione globale degli individui che contribuirà a una diagnosi e a un piano di trattamento pensati ad hoc per le manifestazioni individuali e il contesto clinico. Laddove le dinamiche culturali sono di particolare importanza per la valutazione diagnostica, l'intervista per l'inquadramento culturale dovrebbe essere considerata come un utile ausilio alla comunicazione con l'individuo. Le scale di valutazione dei sintomi trasversali e la scala relativa alle dimensioni della gravità dei sintomi forniscono stime quantitative di importanti aree cliniche pensate per essere usate nella valutazione iniziale al fine di stabilire una linea di base per il confronto con le stime negli incontri successivi, monitorando così i cambiamenti e adeguando il piano di trattamento.

L'utilizzo di tali strumenti di valutazione, inclusi nella Sezione III per favorire sviluppi ulteriori, sarà indubbiamente facilitato dalle applicazioni digitali. Come avviene per ogni edizione del DSM, i criteri diagnostici e la classificazione dei disturbi mentali del DSM-5 riflettono l'attuale consenso sulle conoscenze in evoluzione nel nostro campo.

Dichiarazione cautelativa per l'uso del DSM-5 in ambito forense

Nonostante il testo e i criteri diagnostici del DSM-5 siano stati progettati primariamente per assistere i clinici nell'elaborazione della valutazione clinica, della formulazione del caso e della pianificazione del trattamento, il DSM-5 è utilizzato anche come testo di riferimento per i tribunali e gli avvocati nel valutare le conseguenze legali dei disturbi mentali. Di conseguenza, è importante notare che la definizione di disturbo mentale contenuta nel DSM-5 è stata sviluppata per soddisfare le necessità dei clinici, dei professionisti della sanità pubblica e dei ricercatori, così come per tutte le esigenze tecniche dei tribunali e dei professionisti della legge. È altrettanto importante notare che il DSM-5 non fornisce linee guida per il trattamento di nessun disturbo.

Se usate in modo appropriato, le diagnosi e le informazioni diagnostiche possono assistere nelle loro deliberazioni coloro che prendono decisioni legali. Per esempio, quando un disturbo mentale è la premessa di una successiva deliberazione legale (per es., trattamento sanitario obbligatorio), l'uso di un sistema fondato di diagnosi aumenta il valore e l'attendibilità della decisione. Fornendo un compendio basato su una revisione della letteratura clinica e scientifica pertinente, il DSM-5 può facilitare la comprensione delle caratteristiche rilevanti dei disturbi mentali da parte di coloro che prendono decisioni legali. La letteratura relativa alle diagnosi serve anche per evitare congetture infondate sui disturbi mentali e sul funzionamento di un particolare individuo. Infine, le informazioni diagnostiche sul decorso longitudinale possono migliorare la presa di decisione quando la questione legale riguarda il funzionamento mentale di un individuo in un momento del passato o del futuro.

Tuttavia, l'uso del DSM-5 dovrebbe essere sostanziato da una consapevolezza dei rischi e delle limitazioni del suo impiego in ambito forense. Quando le categorie, i criteri e le descrizioni testuali del DSM-5 vengono utilizzati per scopi forensi esiste il rischio che le informazioni diagnostiche siano usate in modo improprio o fraintese. Questi pericoli insorgono a causa della corrispondenza imperfetta tra le questioni basilari per la legge e le informazioni contenute in una diagnosi clinica. Nella maggior parte delle situazioni, la diagnosi clinica di un disturbo mentale del DSM-5, come la disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo), la schizofrenia, il disturbo neurocognitivo maggiore, il disturbo da gioco d'azzardo o il disturbo pedofilico, non implica che un individuo con tale condizione soddisfi i criteri legali che attestano la presenza di un disturbo mentale o di uno specifico standard legale (per es., per idoneità, responsabilità penale o disabilità). Per quest'ultimo sono di solito necessarie informazioni aggiuntive oltre a quelle contenute nella diagnosi del DSM-5, che potrebbero comprendere

informazioni relative alle compromissioni funzionali dell'individuo e al modo in cui queste compromissioni influenzano le particolari abilità in questione. È proprio perché le compromissioni, le abilità e le disabilità variano molto all'interno di ogni categoria diagnostica che l'assegnazione di una particolare diagnosi non implica un livello specifico di compromissione o di disabilità.

È sconsigliato l'uso del DSM-5 da parte di personale non clinico, non medico o non sufficientemente esperto per valutare la presenza di un disturbo mentale. Coloro che prendono decisioni legali dovrebbero anche essere avvertiti che una diagnosi non implica alcuna connessione necessaria con l'eziologia o le cause del disturbo mentale di un individuo né con il grado di controllo dell'individuo sul comportamento che può essere associato al disturbo. Anche quando la diminuzione del controllo sul proprio comportamento è una caratteristica del disturbo, la diagnosi di per sé non dimostra che un determinato individuo è (o era) incapace di controllare il proprio comportamento in un determinato momento.

SEZIONE II
Criteri diagnostici e codici

Disturbi del neurosviluppo 35
Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici 101
Disturbi bipolari e disturbi correlati 143
Disturbi depressivi 179
Disturbi d'ansia 217
Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati 271
Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti 307
Disturbi dissociativi 337
Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati 357
Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione 379
Disturbi dell'evacuazione 411
Disturbi del sonno-veglia 419
Disfunzioni sessuali 493
Disforia di genere 527
Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta 539
Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction 563
Disturbi neurocognitivi 687
Disturbi di personalità 747
Disturbi parafilici 795
Altri disturbi mentali 821
Disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci 823
Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica 831

Questa sezione contiene i criteri diagnostici approvati per l'uso clinico di routine accompagnati dai codici ICD-9-CM (i codici ICD-10-CM sono indicati tra parentesi). Per ciascun disturbo mentale, i criteri diagnostici sono seguiti da un testo descrittivo per facilitare la formulazione della diagnosi. Dove necessario, insieme ai criteri diagnostici vengono presentate le procedure di registrazione per fornire una guida alla selezione del codice più appropriato. In alcuni casi, vengono indicate procedure di registrazione separate per l'ICD-9-CM e l'ICD-10-CM. Anche se non vengono considerati disturbi ufficiali nel DSM-5, i disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci, così come le altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica (compresi i codici addizionali ICD-9-CM V e i codici ICD-10-CM Z), sono proposti come ulteriori indicazioni a effettuare un esame clinico, così come i fattori ambientali e i problemi relazionali. Questi codici sono adattati dall'ICD-9-CM e dall'ICD-10-CM e non sono stati né valutati né approvati come diagnosi ufficiali del DSM-5, ma possono fornire un contesto aggiuntivo per la formulazione clinica e il piano di trattamento. Queste tre componenti – i criteri e le loro descrizioni, i disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci, e le descrizioni delle altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica – rappresentano gli elementi chiave del processo diagnostico clinico e sono quindi presentate insieme.

Disturbi del neurosviluppo

I disturbi del neurosviluppo sono un gruppo di condizioni con esordio nel periodo dello sviluppo. I disturbi si manifestano tipicamente nelle prime fasi dello sviluppo, spesso prima che il bambino inizi la scuola elementare, e sono caratterizzati da deficit dello sviluppo che causa una compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo. Il range dei deficit dello sviluppo varia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento o del controllo delle funzioni esecutive fino alla compromissione globale delle abilità sociali o dell'intelligenza. I disturbi del neurosviluppo si presentano frequentemente in concomitanza; per esempio, individui con disturbo dello spettro dell'autismo spesso presentano disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo), e molti bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) hanno anche un disturbo specifico dell'apprendimento. In alcuni disturbi il quadro clinico comprende sintomi di eccesso, ma anche deficit e ritardi nel raggiungimento delle tappe dello sviluppo attese. Per esempio, viene posta la diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo solo quando i caratteristici deficit della comunicazione sociale sono accompagnati da comportamenti eccessivamente ripetitivi, da una ristretta gamma di interessi e da insistenza su comportamenti ripetuti.

La disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è caratterizzata da deficit delle capacità mentali generali, come il ragionamento, il problem solving, la pianificazione, il pensiero astratto, la capacità di giudizio, l'apprendimento scolastico e l'apprendimento dall'esperienza. I deficit comportano una compromissione del funzionamento adattivo tale che l'individuo risulta incapace di soddisfare gli standard di autonomia e di responsabilità sociale in uno o più aspetti della vita quotidiana, comprese la comunicazione, la partecipazione sociale, l'attività scolastica o lavorativa, e l'autonomia a casa o nella comunità. Il ritardo globale dello sviluppo, come suggerisce il termine, viene diagnosticato quando un individuo non riesce a raggiungere le tappe attese dello sviluppo in diverse aree del funzionamento intellettivo. La diagnosi viene utilizzata per individui incapaci di sottoporsi a valutazioni sistematiche del funzionamento intellettivo, compresi i bambini che sono troppo piccoli per partecipare a test standardizzati. La disabilità intellettiva può derivare da un danno subito durante il periodo dello sviluppo in seguito, per esempio, a un grave trauma cranico: in questo caso può essere diagnosticato anche un disturbo neurocognitivo.

I disturbi della comunicazione comprendono il disturbo del linguaggio, il disturbo fonetico-fonologico, il disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) e il disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie). I primi tre disturbi sono caratterizza-

ti da deficit dello sviluppo e dell'utilizzo rispettivamente del linguaggio, dell'eloquio e della comunicazione sociale. Il disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia è caratterizzato da anomalie della normale fluenza e dell'articolazione della parola, compresi suoni o sillabe ripetitivi, prolungamento delle consonanti o delle vocali, interruzione di parole, blocchi o parole pronunciate con eccessiva tensione fisica. Come altri disturbi del neurosviluppo, i disturbi della comunicazione si manifestano precocemente e possono produrre danni funzionali permanenti.

Il disturbo dello spettro dell'autismo è caratterizzato da deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti, compresi deficit della reciprocità sociale, della comunicazione non verbale utilizzata per le interazioni sociali, e delle abilità di sviluppare, mantenere e comprendere le relazioni interpersonali. In aggiunta ai deficit della comunicazione sociale, la diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo richiede la presenza di un repertorio di comportamenti, interessi o attività limitato e ripetitivo. Poiché i sintomi cambiano con lo sviluppo e possono essere mascherati da meccanismi compensatori, i criteri diagnostici possono essere soddisfatti sulla base di informazioni anamnestiche, sebbene la presentazione attuale debba causare una compromissione significativa.

Nella diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo, le caratteristiche cliniche individuali vengono registrate mediante l'uso di specificatori (con o senza compromissione intellettiva associata; con o senza compromissione del linguaggio associata; associato a condizione medica/genetica nota o a condizioni ambientali/acquisite; associato a un altro disturbo del neurosviluppo, mentale o comportamentale) e di specificatori che descrivono i sintomi autistici (età del primo interessamento clinico; con o senza perdita di abilità acquisite; gravità). Questi specificatori danno ai clinici la possibilità di formulare la diagnosi e di comunicare una descrizione clinica più dettagliata degli individui affetti. Per esempio, molti individui ai quali era stato diagnosticato precedentemente il disturbo di Asperger riceverebbero ora una diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo senza compromissione del linguaggio o intellettiva.

Il DDAI è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da livelli invalidanti di disattenzione, disorganizzazione e/o iperattività-impulsività. La disattenzione e la disorganizzazione comportano l'incapacità di mantenere l'attenzione su un compito, l'apparente mancanza di ascolto e la perdita di oggetti, a livelli inadeguati all'età o al livello di sviluppo. L'iperattività-impulsività comporta un livello di attività eccessivo, agitazione, incapacità di rimanere seduti, intromissione nelle attività altrui e incapacità di aspettare – sintomi che sono eccessivi per l'età o il livello di sviluppo. Durante la fanciullezza, il DDAI si sovrappone frequentemente a disturbi spesso ritenuti "disturbi esternalizzanti", come il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta. Il DDAI spesso persiste nell'età adulta, con conseguente compromissione del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo.

Il disturbo specifico dell'apprendimento, come indica il nome, viene diagnosticato quando sono presenti deficit specifici dell'abilità di un individuo di percepire o elaborare informazioni in maniera efficiente e accurata. Questo disturbo del neurosviluppo si manifesta la prima volta durante gli anni della formazione scolastica ed è caratterizzato da persistenti e progressive difficoltà nell'apprendere le abilità scolastiche di base nell'ambito della lettura, della scrittura e/o del calcolo. La prestazione dell'individuo nelle abilità scolastiche interessate è di gran lunga al di sotto della media per l'età, o sono raggiunti livelli accettabili solo attraverso sforzi straordinari. Il disturbo specifico dell'apprendimento può presentarsi in individui identificati come intellettivamente dotati e può manifestarsi solo nel momento in cui le esigenze di apprendimento o

le procedure di valutazione (per es., prove cronometrate) pongono delle barriere che non possono essere superate dall'intelligenza innata e dalle strategie compensatorie. In tutti gli individui il disturbo specifico dell'apprendimento è in grado di dare luogo a compromissioni permanenti di quelle attività che dipendono dalle abilità coinvolte, comprese le prestazioni lavorative.

I disturbi del movimento comprendono il disturbo dello sviluppo della coordinazione, il disturbo da movimento stereotipato e i disturbi da tic. Il disturbo dello sviluppo della coordinazione è caratterizzato da deficit dell'acquisizione e dell'esecuzione delle abilità motorie coordinate e si manifesta con goffaggine e lentezza o imprecisione nello svolgimento delle abilità motorie che interferiscono con le attività della vita quotidiana. Il disturbo da movimento stereotipato viene diagnosticato quando un individuo presenta comportamenti motori ripetitivi, apparentemente intenzionali e apparentemente afinalistici, come scuotere le mani, dondolarsi, battersi la testa, morsicarsi o colpirsi. I movimenti interferiscono con attività sociali, scolastiche o di altro tipo. Se i comportamenti sono autolesivi, questo dovrebbe essere specificato come parte della descrizione diagnostica. I disturbi da tic sono caratterizzati dalla presenza di tic motori o vocali, che sono movimenti stereotipati o vocalizzazioni improvvisi, rapidi, ricorrenti e non ritmici. La durata, la presunta eziologia e il quadro clinico definiscono quale specifico disturbo da tic viene diagnosticato: disturbo di Tourette, disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali, disturbo transitorio da tic, disturbo da tic con altra specificazione e disturbo da tic senza specificazione. Il disturbo di Tourette viene diagnosticato quando l'individuo presenta tic motori e vocali multipli che si manifestano da almeno 1 anno e che hanno un decorso di oscillazioni sintomatologiche.

L'uso di specificatori nelle diagnosi di disturbo del neurosviluppo arricchisce la descrizione clinica del decorso clinico e della sintomatologia dell'individuo. Oltre agli specificatori che descrivono il quadro clinico, come l'età di esordio e il livello di gravità, i disturbi del neurosviluppo possono comprendere lo specificatore "associato a una condizione medica o genetica nota o a un fattore ambientale". Questo specificatore offre ai clinici l'opportunità di documentare i fattori che possono aver avuto un ruolo nell'eziologia del disturbo, così come quei fattori che potrebbero influenzare il decorso clinico. Alcuni esempi comprendono disturbi genetici come la sindrome dell'X fragile, la sclerosi tuberosa e la sindrome di Rett, condizioni mediche come l'epilessia e fattori ambientali quali peso alla nascita molto basso ed esposizione fetale all'alcol (anche in assenza dei segni tipici della sindrome fetale da alcol).

Disabilità intellettive

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

Criteri diagnostici

La disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettivo che adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici. Devono essere soddisfatti i seguenti tre criteri:

A. Deficit delle funzioni intellettive, come ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza, confermati sia da una valutazione clinica sia da test di intelligenza individualizzati, standardizzati.

B. Deficit del funzionamento adattivo che porta al mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale. Senza un supporto costante, i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma, attraverso molteplici ambienti quali casa, scuola, ambiente lavorativo e comunità.

C. Esordio dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo di sviluppo.

Nota: Il termine diagnostico *disabilità intellettiva* è equivalente al termine *disturbi dello sviluppo intellettivo* per la diagnosi ICD-11. Nonostante in questo manuale sia utilizzato il termine *disabilità intellettiva*, nel titolo sono utilizzati entrambi i termini per chiarire i rapporti con gli altri sistemi di classificazione. Inoltre, una legge federale degli Stati Uniti (Public Law 111-256, Rosa's Law) sostituisce il termine *ritardo mentale* con il termine *disabilità intellettiva*, e la letteratura scientifica utilizza il termine *disabilità intellettiva*. Pertanto, *disabilità intellettiva* è il termine di uso comune da parte di medici, educatori e altri professionisti e da parte degli utenti non esperti e dei gruppi di difesa dei diritti dei malati.

Specificare la gravità attuale (si veda Tabella 1):

317 (F70) Lieve
318.0 (F71) Moderata
318.1 (F72) Grave
318.2 (F73) Estrema

Specificatori

I vari livelli di gravità sono definiti sulla base del funzionamento adattivo e non dei punteggi del quoziente intellettivo (QI), perché è il funzionamento adattivo che determina il livello di assistenza richiesto. Inoltre, i valori del QI risultano meno validi all'estremo inferiore della distribuzione del QI.

Tabella 1 Livelli di gravità della disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

Livello di gravità	Ambito concettuale	Ambito sociale	Ambito pratico
Lieve	Nei bambini in età prescolare, possono non esserci anomalie concettuali evidenti. Nei bambini in età scolare e negli adulti, sono presenti difficoltà nell'apprendimento di abilità scolastiche quali lettura, scrittura, capacità di calcolo, concetto del tempo o del denaro, che rendono necessaria qualche forma di supporto in una o più aree di apprendimento per poter soddisfare le aspettative correlate all'età. Negli adulti, sono compromessi il pensiero astratto, la funzione esecutiva (per es., pianificazione, elaborazione di strategie, definizione delle priorità e flessibilità cognitiva), e la memoria a breve termine, così come l'uso funzionale delle abilità scolastiche (per es., lettura, gestione del denaro). È presente un approccio a problemi e soluzioni in qualche modo concreto rispetto ai coetanei.	Rispetto ai coetanei con sviluppo regolare, l'individuo è immaturo nelle interazioni sociali. Per esempio, vi possono essere difficoltà nel percepire accuratamente gli stimoli sociali provenienti dai coetanei. La comunicazione, la conversazione e il linguaggio sono più concreti o più immaturi rispetto a quanto atteso in base all'età. Vi possono essere difficoltà nel controllare emozioni e comportamento in modi adeguati all'età; tali difficoltà vengono notate dai coetanei nelle situazioni sociali. È presente una limitata comprensione del rischio nelle situazioni sociali; la capacità di giudizio sociale è immatura rispetto all'età, e la persona è a rischio di essere manipolata dagli altri (credulità).	L'individuo può funzionare in maniera adeguata all'età per quanto concerne la cura personale. Gli individui possono avere maggiormente bisogno di supporto nelle attività complesse della vita quotidiana rispetto ai coetanei. Nell'età adulta, il supporto riguarda generalmente il fare acquisti di alimenti, l'utilizzo dei trasporti, la gestione della casa o dei bambini, la preparazione dei pasti, la gestione delle finanze. Le capacità di svago sono simili a quelle dei coetanei, sebbene la capacità di giudizio relativa al proprio stato di benessere e all'organizzazione del tempo libero richieda sostegno. Nell'età adulta, un impegno competitivo è spesso osservato in quei lavori che non enfatizzano abilità concettuali. Gli individui hanno generalmente bisogno di un supporto nel prendere decisioni che concernono la salute e l'ambito legale, e nell'apprendere adeguatamente lo svolgimento di una professione adeguata. Tipicamente il supporto è necessario per riuscire a formare una famiglia.

Moderato	Per tutto il periodo dello sviluppo, le abilità concettuali dell'individuo restano marcatamente inferiori a quelle dei coetanei. Nei bambini in età prescolare, il linguaggio e le abilità prescolastiche si sviluppano lentamente. Nei bambini in età scolare, i progressi nella lettura, nella scrittura, nel calcolo e nella comprensione dei concetti di tempo e di denaro si verificano lentamente nel corso degli anni scolastici e sono notevolmente limitati rispetto a quelli dei coetanei. Negli adulti, lo sviluppo delle abilità scolastiche è tipicamente fermo a un livello elementare, ed è necessario un supporto per l'uso completo delle abilità scolastiche nel mondo del lavoro e nella vita quotidiana. Per portare a termine le attività concettuali nella vita di ogni giorno è richiesta un'assistenza continua su base quotidiana, e altri al posto dell'individuo possono occuparsi completamente di queste responsabilità.	L'individuo mostra marcate differenze rispetto ai coetanei nel comportamento sociale e comunicativo durante lo sviluppo. Il linguaggio parlato è tipicamente uno strumento primario per la comunicazione sociale ma risulta essere molto meno complesso rispetto a quello dei coetanei. La capacità di relazione è evidente nei legami stretti con i membri della famiglia e con gli amici, e l'individuo può sviluppare amicizie solide nel corso della vita e a volte relazioni amorose in età adulta. Tuttavia, gli individui possono non percepire o non interpretare in modo corretto gli stimoli sociali. La capacità di giudizio sociale e di prendere decisioni è limitata, e il personale di supporto deve assistere la persona nelle decisioni della vita. Le relazioni di amicizia con coetanei con sviluppo regolare sono spesso influenzate dalle limitazioni sociali e comunicative. È necessario un sostegno sociale e comunicativo significativo per avere successo nel campo lavorativo.	L'individuo può prendersi cura dei propri bisogni personali, compresi il mangiare, il vestirsi, l'evacuazione e l'igiene, allo stesso livello di un adulto, sebbene siano richiesti un ampio periodo di insegnamento e molto tempo affinché l'individuo diventi indipendente nella gestione di tali bisogni, e può esserci bisogno di sollecitazioni. Allo stesso modo, nell'età adulta può essere raggiunta la partecipazione a tutte le attività domestiche, sebbene sia necessario un esteso periodo di insegnamento e tipicamente abbiano luogo forme di sostegno continuo per garantire delle prestazioni adeguate all'età adulta. L'indipendenza lavorativa può essere raggiunta in lavori che richiedono limitate abilità concettuali e comunicative, ma è necessario un notevole sostegno da parte di colleghi, supervisori e altri nella gestione delle aspettative sociali, delle difficoltà lavorative e delle responsabilità ausiliarie quali pianificazione, trasporto, salute e gestione del denaro. Possono essere sviluppate svariate capacità ricreative. Queste tipicamente richiedono sostegno supplementare e opportunità di apprendimento per un periodo prolungato. In una minoranza significativa di individui è presente un comportamento disadattivo che causa problemi sociali.

Grave	Il raggiungimento di abilità concettuali è limitato. L'individuo in genere comprende poco il linguaggio scritto o i concetti che comportano numeri, quantità, tempo e denaro. Il personale di supporto fornisce un sostegno esteso nella risoluzione dei problemi durante tutta la vita.	Il linguaggio parlato è abbastanza limitato per quanto riguarda il vocabolario e la grammatica. L'eloquio può essere composto da singole parole o frasi e può essere facilitato con l'aiuto di strumenti aumentativi. L'eloquio e la comunicazione sono incentrati sul "qui e ora" degli eventi quotidiani. Il linguaggio è usato per la comunicazione sociale più che per dare spiegazioni. Gli individui comprendono i discorsi semplici e la comunicazione gestuale. Le relazioni con i membri della famiglia e con altri familiari sono fonte di piacere e aiuto.	L'individuo richiede un sostegno in tutte le attività della vita quotidiana, compresi i pasti, il vestirsi, il lavarsi e l'evacuazione. L'individuo ha bisogno di supervisione in ogni momento. L'individuo non può prendere decisioni responsabili riguardanti il proprio benessere o il benessere di altri. Nell'età adulta, la partecipazione a compiti domestici, attività ricreazionali e lavoro richiede assistenza e supporto continuativi. Un comportamento disadattivo, compreso l'autolesionismo, è presente in una minoranza significativa di individui.
Estremo	Le abilità concettuali in genere si riferiscono al mondo fisico piuttosto che ai processi simbolici. L'individuo può usare gli oggetti in modo finalizzato per la cura personale, il lavoro e lo svago. Possono essere acquisite determinate abilità viso-spaziali, come il confronto e la classificazione basati su caratteristiche fisiche. Tuttavia, concomitanti compromissioni motorie e sensoriali possono impedire l'uso funzionale degli oggetti.	L'individuo ha una comprensione molto limitata della comunicazione simbolica nell'eloquio o nella gestualità. Può comprendere alcuni gesti o istruzioni semplici. L'individuo esprime i propri desideri ed emozioni principalmente attraverso la comunicazione non verbale, non simbolica. L'individuo gradisce i rapporti con i membri della famiglia, con il personale di supporto e con altri familiari ben conosciuti, e partecipa e risponde alle interazioni sociali attraverso segnali gestuali ed emozionali. Concomitanti compromissioni sensoriali e fisiche possono impedire molte attività sociali.	L'individuo è dipendente dagli altri in ogni aspetto della cura fisica, della salute e della sicurezza quotidiane, sebbene possa essere in grado di partecipare ad alcune di queste attività. Gli individui senza gravi compromissioni fisiche possono collaborare ad alcune attività domestiche quotidiane, come portare i piatti a tavola. Le azioni semplici con alcuni oggetti possono rappresentare la base per la partecipazione ad alcune attività professionali in presenza di alti livelli di sostegno continuativo. Le attività ricreative possono comportare, per esempio, ascoltare musica, guardare film, uscire per una passeggiata o partecipare ad attività in acqua, tutto con il supporto di altre persone. Compromissioni fisiche e sensoriali concomitanti rappresentano ostacoli frequenti alla partecipazione (al di là della semplice osservazione) ad attività domestiche, ricreative e professionali. È presente comportamento disadattivo in una minoranza significativa di individui.

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche essenziali della disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) sono i deficit delle capacità mentali generali (Criterio A) e un funzionamento adattivo quotidiano compromesso rispetto a quello di individui della stessa età, sesso e livello socioculturale (Criterio B). L'esordio avviene durante il periodo di sviluppo (Criterio C). La diagnosi di disabilità intellettiva è basata sia sulla valutazione clinica sia su test standardizzati per le funzioni intellettive e adattive.

Il Criterio A si riferisce a funzioni intellettive che comportano ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento dall'istruzione e dall'esperienza, e comprensione pratica. Componenti di cruciale importanza comprendono comprensione verbale, memoria di lavoro, ragionamento percettivo, ragionamento quantitativo, pensiero astratto ed efficacia cognitiva. Il funzionamento intellettivo è tipicamente misurato con test di intelligenza somministrati individualmente, validi dal punto di vista psicometrico, completi, culturalmente appropriati e fondati sulla psicometria. Gli individui con disabilità intellettiva hanno punteggi di circa due o più deviazioni standard al di sotto della popolazione media, compreso un margine di errore di misurazione (in genere ±5 punti). In test con una deviazione standard di 15 e una media di 100, questo comporta un punteggio di 65-75 (70 ± 5). Per interpretare i risultati dei test e valutare le prestazioni intellettive sono richiesti esperienza e giudizio clinico.

I fattori che possono influenzare il punteggio del test comprendono gli effetti dell'esperienza pratica e l'"effetto Flynn" (cioè punteggi eccessivamente alti dovuti a dati normativi non aggiornati). Punteggi non validi possono derivare dall'uso di brevi test di screening dell'intelligenza o di test di gruppo; punteggi individuali nei subtest molto discrepanti possono rendere non valido il QI complessivo. Gli strumenti devono essere adattati al background socioculturale dell'individuo e alla sua lingua madre. Disturbi concomitanti che influenzano comunicazione, linguaggio e/o funzioni motorie e sensoriali possono alterare i punteggi dei test. I profili cognitivi individuali basati su test neuropsicologici sono più utili nel comprendere le abilità intellettive dell'individuo rispetto al singolo punteggio QI. Questi test possono identificare aree di relativa forza e di relativa debolezza, una valutazione importante al fine di una pianificazione scolastica e professionale.

I punteggi del test QI sono approssimazioni del funzionamento concettuale ma possono essere insufficienti nel valutare la capacità di ragionamento nelle situazioni di vita reale e la padronanza delle attività pratiche. Per esempio, una persona con un QI superiore a 70 può avere problemi talmente gravi del comportamento adattivo nel giudizio sociale, nella comprensione sociale e in altri ambiti di funzionamento adattivo che il funzionamento effettivo della persona risulta paragonabile a quello di individui con QI più bassi. Pertanto, è necessario il giudizio clinico per poter interpretare i risultati dei test QI.

I deficit del funzionamento adattivo (Criterio B) si riferiscono al modo in cui una persona soddisfa gli standard di autonomia personale e di responsabilità sociale della comunità, in confronto con altri della stessa età e della stessa estrazione socio-culturale. Il funzionamento adattivo comporta un ragionamento adattivo in tre ambiti: concettuale, sociale e pratico. *L'ambito concettuale* (didattico) comporta competenza nella memoria, nel linguaggio, nella lettura, nella scrittura, nel ragionamento matematico, nell'acquisizione della conoscenza pratica, nel problem solving e nella capacità di giudizio in situazioni nuove, tra l'altro. *L'ambito sociale* comporta la consapevolezza dei pensieri, dei sentimenti e delle esperienze degli altri; l'empatia; l'abilità di comunicazione interpersonale; le capacità nei rapporti di amicizia; e il giudizio sociale, tra l'altro. *L'ambito pratico* comporta l'apprendimento e l'autocontrollo nei vari aspetti della vita, compresi la cura di sé, le responsabilità lavorative, la gestione del denaro, lo svago, l'autocontrollo del comportamento e l'organizzazione dei compiti scolastici e lavorativi. La capacità intellettiva, l'educazione, la motivazione, la socializzazione, le caratteristiche della personalità, l'opportunità professionale, l'esperienza culturale e le condizioni mediche generali o i disturbi mentali coesistenti influenzano il funzionamento adattivo.

Il funzionamento adattivo è valutato sia mediante la valutazione clinica sia mediante misurazioni personalizzate, culturalmente appropriate e solide rispetto alla psicometria. Le misurazioni standardizzate sono utilizzate mediante informatori attendibili (per es., parenti o altri membri della famiglia; insegnanti; counselor) e l'individuo stesso nei limiti del possibile. Ulteriori fonti di informazione comprendono le valutazioni nell'ambito scolastico, dello sviluppo, medico e della salute mentale. I punteggi ottenuti dalle misurazioni standardizzate e i colloqui devono essere interpretati attraverso il giudizio clinico. Quando, a causa di una varietà di fattori (per es., compromissione sensoriale, grave disturbo del comportamento), i test standardizzati sono difficili o impossibili da effettuare, l'individuo può ricevere la diagnosi di disabilità intellettiva senza specificazione. Il funzionamento adattivo può essere difficile da valutare negli ambienti controllati (come prigioni, centri di detenzione); se possibile, bisognerebbe ottenere informazioni che possano riflettere il funzionamento adattivo al di fuori di tali ambienti.

Il Criterio B è soddisfatto quando almeno un ambito del funzionamento adattivo – concettuale, sociale o pratico – è sufficientemente compromesso da rendere necessaria qualche forma di sostegno continuativo affinché la persona riesca a funzionare in maniera adeguata in uno o più dei contesti della vita, quali scuola, lavoro, casa o comunità. Per soddisfare i criteri diagnostici della disabilità intellettiva, i deficit del funzionamento adattivo devono essere direttamente correlati ai deficit intellettivi descritti nel Criterio A. Il Criterio C, esordio durante il periodo dello sviluppo, si riferisce all'identificazione dei deficit intellettivi e adattivi durante l'infanzia o l'adolescenza.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

La disabilità intellettiva è una condizione eterogenea con cause multiple. Possono essere presenti difficoltà associate al giudizio sociale; alla valutazione del rischio; al controllo del comportamento, delle emozioni o delle relazioni interpersonali; o alla motivazione nell'ambiente scolastico o lavorativo. La mancanza di capacità di comunicazione può predisporre a comportamenti dirompenti e aggressivi. La credulità è spesso una caratteristica, che comporta ingenuità nelle situazioni sociali e tendenza a essere facilmente influenzati dagli altri. La credulità e la mancanza di consapevolezza dei rischi possono portare all'essere sfruttati dagli altri e a possibile vittimizzazione, frode, coinvolgimento criminale non intenzionale, falsa confessione, e rischio di abusi fisici e sessuali. Queste caratteristiche associate possono essere importanti nei casi di interesse penale, inclusi i procedimenti del tipo Atkins che contemplano la pena di morte.

Gli individui con una diagnosi di disabilità intellettiva con disturbi mentali concomitanti sono a rischio di suicidio. Essi pensano al suicidio, tentano il suicidio, e possono morire per questo. Pertanto, lo screening dell'ideazione suicidaria è essenziale nel processo di valutazione. A causa della mancanza di consapevolezza del rischio e del pericolo, il tasso degli infortuni accidentali può essere aumentato.

Prevalenza

La disabilità intellettiva ha una prevalenza complessiva nella popolazione generale dell'1% circa e le percentuali di prevalenza variano in base all'età. La prevalenza della disabilità intellettiva grave è approssimativamente di 6 individui su 1000.

Sviluppo e decorso

L'esordio della disabilità intellettiva avviene nel periodo dello sviluppo. L'età e le caratteristiche tipiche dell'esordio dipendono dall'eziologia e dalla gravità della disfunzione cerebrale. Il ritardo nelle tappe dello sviluppo motorio, del linguaggio e sociale può essere identificabile entro i primi due anni di vita nei pazienti con disabilità intellettiva più grave, mentre il disturbo di livello lieve può non essere identificabile fino all'età scolare, quando le difficoltà di apprendimento scolastico diventano evidenti. Tutti i criteri (compreso il Criterio C) devono essere stati soddisfatti nell'anamnesi o nel quadro clinico attuale. Alcuni bambini al di sotto dei 5 anni di età la cui presentazione soddisfa i criteri per la disabilità intellettiva hanno deficit che soddisfano i criteri per il ritardo globale dello sviluppo.

Quando la disabilità intellettiva è associata a una sindrome genetica, ci può essere un aspetto fisico caratteristico (come, per esempio, nella sindrome di Down). Alcune sindromi presentano un *fenotipo comportamentale,* che si riferisce a comportamenti specifici che sono caratteristici di un particolare disturbo genetico (per es., sindrome di Lesch-Nyhan). Nelle forme acquisite, l'esordio può essere improvviso in seguito a malattie quali meningite o encefalite o in seguito a un trauma cranico verificatosi durante il periodo dello sviluppo. Quando la disabilità intellettiva deriva da una perdita di capacità cognitive precedentemente acquisite, come nel caso di un trauma cranico grave, possono essere assegnate entrambe le diagnosi di disabilità intellettiva e di disturbo neurocognitivo. Anche se la disabilità intellettiva è generalmente non progressiva, in alcuni disturbi genetici (per es., sindrome di Rett) vi sono periodi di peggioramento seguiti da periodi di stabilizzazione, e in altri (per es., sindrome di Sanfilippo) vi è un progressivo peggioramento delle funzioni intellettive. Dopo la prima infanzia, il disturbo dura in genere tutta la vita, sebbene i livelli di gravità possano cambiare nel tempo. Il decorso può essere influenzato da condizioni mediche o genetiche sottostanti e da condizioni concomitanti (per es., compromissione dell'udito o della vista, epilessia). Interventi precoci e continuativi possono migliorare il funzionamento adattivo per tutta l'infanzia e l'età adulta. In alcuni casi, questo comporta un miglioramento significativo del funzionamento intellettivo, tale che la diagnosi di disabilità intellettiva può risultare non più appropriata. È quindi pratica comune, nel valutare neonati e bambini piccoli, ritardare la diagnosi di disabilità intellettiva a dopo che sia stato effettuato un adeguato percorso di intervento. Nei bambini più grandi e negli adulti l'entità del sostegno fornito può consentire la piena partecipazione a tutte le attività della vita quotidiana e il miglioramento della funzione adattiva. Le valutazioni diagnostiche devono stabilire se il miglioramento delle abilità adattive rappresenti il risultato di una stabile, generalizzata nuova acquisizione di abilità (in tal caso la diagnosi di disabilità intellettiva può non essere più appropriata) o se il miglioramento è condizionato dalla presenza di forme di supporto e di interventi in corso (nel qual caso la diagnosi di disabilità intellettiva può ancora essere appropriata).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Le cause prenatali comprendono sindromi genetiche (per es., variazioni di sequenza o variabilità del numero di copie di uno o più geni, malattie cromosomiche), errori congeniti del metabolismo, malformazioni cerebrali, malattie materne (compresa la patologia placentare) e influenze ambientali (per es., alcol, altre droghe, tossine, agenti teratogeni). Le cause perinatali comprendono una varietà di eventi legati al travaglio e al parto che portano alla encefalopatia neonatale. Le cause postnatali comprendono danno ipossico-ischemico, lesioni cerebrali traumatiche, infezioni, patologie demielinizzanti, disturbi convulsivi (per es., spasmi infantili), deprivazione sociale grave e cronica, e sindromi e intossicazioni tossico-metaboliche (per es., piombo, mercurio).

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La disabilità intellettiva si verifica in individui di tutte le razze e tutte le culture. Durante la valutazione sono richieste sensibilità e conoscenza nei confronti della cultura dell'individuo, e devono essere tenuti in considerazione il background etnico, culturale e linguistico dell'individuo, le esperienze disponibili e le funzioni adattive all'interno della sua comunità e del suo ambiente culturale.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Nel complesso, i maschi hanno più probabilità rispetto alle femmine di ricevere la diagnosi di disabilità intellettiva, sia di forma lieve (rapporto medio maschi/femmine 1,6:1) sia di forma grave (rapporto medio maschi/femmine 1,2:1). Tuttavia, il rapporto tra i tassi di prevalenza rispetto al genere varia ampiamente negli studi. I fattori genetici collegati con il sesso e la vulnerabilità dei maschi al danno cerebrale possono spiegare alcune tra le differenze di genere.

Marker diagnostici

Una valutazione complessiva comprende la valutazione della capacità intellettiva e del funzionamento adattivo; l'identificazione di eziologie genetiche e non genetiche, la valutazione di condizioni mediche associate (per es., paralisi cerebrale, convulsioni) e la valutazione di disturbi mentali, emotivi e comportamentali concomitanti. Le componenti della valutazione possono comprendere la storia medica pre- e perinatale, l'albero genealogico di tre generazioni, l'esame obiettivo, una valutazione genetica (per es., analisi del cariotipo o cromosomica microarray e test per specifiche sindromi genetiche), uno screening metabolico e una valutazione mediante tecniche di neuroimaging.

Diagnosi differenziale

La diagnosi di disabilità intellettiva dovrebbe essere posta ogni volta che i Criteri A, B e C sono soddisfatti. Una diagnosi di disabilità intellettiva non dovrebbe essere ipotizzata in caso di presenza di particolari condizioni genetiche o mediche. Una sindrome genetica collegata con la disabilità intellettiva dovrebbe essere indicata come una diagnosi concomitante con la disabilità intellettiva.

Disturbo neurocognitivo maggiore e lieve. La disabilità intellettiva è classificata come un disturbo del neurosviluppo ed è distinta dai disturbi neurocognitivi, che sono caratterizzati da una perdita delle funzioni cognitive. Il disturbo neurocognitivo maggiore può verificarsi in concomitanza con la disabilità intellettiva (per es., un individuo con sindrome

di Down che sviluppa la malattia di Alzheimer, o un individuo con disabilità intellettiva che perde ulteriori capacità cognitive a seguito di un trauma cranico). In tali casi, le diagnosi di disabilità intellettiva e di disturbo neurocognitivo possono essere poste entrambe.

Disturbi della comunicazione e disturbo specifico dell'apprendimento. Questi disturbi del neurosviluppo sono specifici degli ambiti della comunicazione e dell'apprendimento e non mostrano deficit dei comportamenti intellettivo e adattivo. Questi disturbi possono essere presenti in concomitanza con la disabilità intellettiva. Se sono soddisfatti tutti i criteri per la disabilità intellettiva e per un disturbo della comunicazione o un disturbo specifico dell'apprendimento vengono poste entrambe le diagnosi.

Disturbo dello spettro dell'autismo. La disabilità intellettiva è comune tra gli individui con disturbo dello spettro dell'autismo. La valutazione delle abilità intellettive può essere complicata dai deficit della comunicazione sociale e del comportamento legati al disturbo dello spettro dell'autismo, i quali possono interferire con la comprensione e con l'adesione alle procedure diagnostiche. Una valutazione appropriata del funzionamento intellettivo nel disturbo dello spettro dell'autismo è essenziale, con una rivalutazione durante il periodo dello sviluppo, in quanto i punteggi del QI nel disturbo dello spettro dell'autismo possono essere instabili, soprattutto durante la prima infanzia.

Comorbilità

Concomitanti condizioni mentali, del neurosviluppo, mediche e fisiche sono frequenti nella disabilità intellettiva, con un'incidenza di alcune condizioni (per es., disturbi mentali, paralisi cerebrale ed epilessia) tre-quattro volte superiore rispetto alla popolazione generale. La prognosi e l'esito delle diagnosi concomitanti possono essere influenzate dalla presenza di disabilità intellettiva. Le procedure di valutazione possono richiedere delle variazioni a causa della presenza di disturbi associati, tra cui disturbi della comunicazione, disturbo dello spettro dell'autismo e disturbi motori, sensoriali o di altro tipo. Fonti di informazione attendibili sono essenziali per identificare sintomi quali irritabilità, alterazioni del tono dell'umore, aggressività, problemi dell'alimentazione e problemi del sonno, e per la valutazione del funzionamento adattivo nei vari contesti di comunità.

I più comuni disturbi mentali e del neurosviluppo concomitanti sono: disturbo da deficit di attenzione/iperattività; disturbi depressivo e bipolare; disturbi d'ansia; disturbo dello spettro dell'autismo; disturbo da movimento stereotipato (con o senza comportamento autolesivo); disturbi del controllo degli impulsi; e disturbo neurocognitivo maggiore. Il disturbo neurocognitivo maggiore può verificarsi a qualunque stadio di gravità della disabilità intellettiva. Il comportamento autolesivo richiede un'attenzione diagnostica sollecita e può richiedere una diagnosi separata di disturbo da movimento stereotipato. Gli individui con disabilità intellettiva, in particolare quelli con disabilità intellettiva più grave, possono presentare anche aggressività e comportamenti dirompenti, tra cui danni ad altre persone o distruzione di proprietà.

Relazione con altre classificazioni

L'ICD-11 (in corso di sviluppo al momento di questa pubblicazione) usa il termine *disturbi dello sviluppo intellettivo* per indicare che tali disturbi comportano un funzionamento cerebrale compromesso precocemente. Questi disturbi sono descritti nell'ICD-11 come una metasindrome che si verifica nel periodo evolutivo, analoga alla demenza o ai disturbi neurocognitivi in età avanzata. Vi sono quattro sottotipi diagnostici nell'ICD-11: lieve, moderato, grave ed estremo.

Anche la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) usa il termine *disabilità intellettiva* con un significato simile a quello utilizzato in questo manuale. La classificazione dell'AAIDD è multidimensionale piuttosto che categoriale e si basa sul concetto di disabilità. Piuttosto che elencare gli specificatori come avviene nel DSM-5, l'AAIDD evidenzia un profilo di forme di supporto basato sulla gravità.

Ritardo globale dello sviluppo 315.8 (F88)

Questa diagnosi è riservata agli individui di età inferiore ai 5 anni quando la gravità clinica non può essere valutata in modo attendibile durante la prima infanzia. Questa categoria viene diagnosticata quando un individuo non raggiunge le tappe attese dello sviluppo in varie aree del funzionamento intellettivo, e si applica a individui incapaci di sottoporsi a valutazioni sistematiche del funzionamento intellettivo, compresi i bambini che sono troppo piccoli per partecipare a test standardizzati. Questa categoria richiede una rivalutazione diagnostica dopo un certo periodo di tempo.

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) senza specificazione 319 (F79)

Questa categoria è riservata agli individui di età superiore ai 5 anni quando la valutazione del grado di disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) per mezzo di procedure disponibili a livello locale è resa difficile o impossibile a causa di compromissioni sensoriali o fisiche associate, quali cecità o sordità prelinguistica, disabilità locomotoria o presenza di gravi problemi comportamentali o disturbi mentali concomitanti. Questa categoria dovrebbe essere utilizzata solo in circostanze eccezionali e richiede una rivalutazione dopo un certo periodo di tempo.

Disturbi della comunicazione

I disturbi della comunicazione comprendono deficit del linguaggio, dell'eloquio e della comunicazione. Per *eloquio* si intende la produzione espressiva di suoni e comprende articolazione, fluenza, voce e qualità di risonanza di un individuo. Il *linguaggio* comprende la forma, la funzione e l'utilizzo di un sistema convenzionale di simboli (per es., le parole pronunciate, il linguaggio gestuale, le parole scritte, le immagini) con una modalità governata da regole per la comunicazione. La *comunicazione* comprende qualsiasi comportamento verbale o non verbale (intenzionale o non intenzionale) che influenza il comportamento, le idee e le attitudini di un altro individuo. Le valutazioni delle abilità di eloquio, linguaggio e comunicazione devono tener conto del contesto culturale e della lingua dell'individuo, in particolare per gli individui che crescono in ambienti bilingui. Le misurazioni standardizzate dello sviluppo del linguaggio e della capacità intellettiva non verbale devono essere pertinenti al gruppo culturale e linguistico (cioè test sviluppati e standardizzati per un determinato gruppo di persone possono non

fornire appropriata normatività per un gruppo diverso). La categoria diagnostica dei disturbi della comunicazione comprende i seguenti disturbi: disturbo del linguaggio, disturbo fonetico-fonologico, disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie), disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) e altri disturbi della comunicazione con altra specificazione o senza specificazione.

Disturbo del linguaggio 315.32 (F80.2)

Criteri diagnostici

A. Difficoltà persistenti nell'acquisizione e nell'uso di diverse modalità di linguaggio (cioè linguaggio parlato, scritto, gestuale o di altro tipo) dovute a deficit della comprensione o della produzione che comprendono i seguenti elementi:
   1. Lessico ridotto (conoscenza e uso delle parole).
   2. Limitata strutturazione delle frasi (capacità di mettere insieme parole per formare frasi fondate sulle regole sintattiche e morfologiche).
   3. Compromissione delle capacità discorsive (capacità di usare le parole e di connettere le frasi tra loro per spiegare o descrivere un argomento o una serie di eventi o per sostenere una conversazione).

B. Le capacità di linguaggio sono al di sotto di quelle attese per l'età in maniera significativa e quantificabile, portando a limitazioni funzionali dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, dei risultati scolastici o delle prestazioni professionali, individualmente o in qualsiasi combinazione.

C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo.

D. Le difficoltà non sono attribuibili a compromissione dell'udito o ad altra compromissione sensoriale, a disfunzioni motorie o ad altre condizioni mediche o neurologiche e non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) o da ritardo globale dello sviluppo.

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche diagnostiche principali del disturbo del linguaggio sono le difficoltà nell'acquisizione e nell'uso del linguaggio dovute a deficit della comprensione o della produzione del lessico, della struttura della frase e del discorso. I deficit del linguaggio sono evidenti nella comunicazione parlata, scritta, o nel linguaggio gestuale. L'apprendimento e l'uso del linguaggio dipendono sia dalla abilità ricettiva sia da quella espressiva. L'*abilità espressiva* si riferisce alla produzione di segnali vocali, gestuali o verbali, mentre l'*abilità ricettiva* si riferisce al processo di ricezione e comprensione dei messaggi linguistici. È necessario valutare le abilità linguistiche sia espressiva che ricettiva in quanto possono essere diversamente compromesse. Per esempio, il linguaggio espressivo di un individuo può essere gravemente compromesso, mentre il suo linguaggio ricettivo può esserlo appena.

Il disturbo del linguaggio in genere interessa il lessico e la grammatica, e questi effetti limitano poi la capacità discorsiva. È probabile che le prime parole e frasi del bambino abbiano un esordio ritardato; l'estensione del vocabolario è più limitata e meno variegata di quella attesa; le frasi sono più brevi e meno complesse, con errori grammaticali, soprattutto nei verbi coniugati al passato. I deficit della comprensione del linguaggio sono frequentemente sottostimati, in quanto i bambini possono essere bravi a utilizzare il contesto per dedurre il significato di quanto ascoltano. Ci possono essere problemi nel trovare le parole, definizioni verbali impoverite, o scarsa comprensione di sinonimi, significati molteplici o giochi di parole appropriati per età e cultura. Problemi nel ricordare parole e frasi nuove si manifestano con la difficoltà nel seguire istruzioni di crescente lunghezza, difficoltà di riprodurre sequenze di informazioni verbali (per es., ricordare un numero telefonico o la lista della spesa) e difficoltà nel ricordare nuove sequenze di suoni, una capacità che può essere importante per l'apprendimento di nuove parole. Le difficoltà nel discorso sono rappresentate da una ridotta capacità di fornire informazioni adeguate riguardo a eventi rilevanti e di raccontare una storia in maniera coerente.

La difficoltà nel linguaggio si manifesta con abilità che sono quantificabilmente e sostanzialmente al di sotto del livello atteso per l'età, che interferiscono in modo significativo con il rendimento scolastico, le prestazioni professionali, l'efficacia della comunicazione o la socializzazione (Criterio B). Una diagnosi di disturbo del linguaggio è fatta sulla base di una sintesi dell'anamnesi dell'individuo, dell'osservazione clinica diretta in contesti diversi (cioè casa, scuola o lavoro) e dei punteggi dei test standardizzati per le abilità di linguaggio, che possono essere utilizzati per la valutazione del livello di gravità.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

È spesso presente una storia familiare positiva per i disturbi del linguaggio. Gli individui, anche bambini, possono essere capaci di adattarsi al proprio linguaggio limitato. Possono sembrare timidi o restii a parlare. Gli individui affetti possono preferire comunicare solo con i membri della famiglia o con altri individui familiari. Sebbene questi indicatori sociali non siano diagnostici di un disturbo del linguaggio, se sono importanti e persistenti giustificano una valutazione completa del linguaggio. Il disturbo del linguaggio, in particolare nella forma con deficit espressivi, può presentarsi in concomitanza con il disturbo fonetico-fonologico.

Sviluppo e decorso

L'acquisizione del linguaggio è segnata da cambiamenti a partire dall'esordio nei primi anni di vita fino al livello di competenza adulto che si manifesta durante l'adolescenza. I cambiamenti si manifestano nelle diverse dimensioni del linguaggio (suoni, parole, grammatica, testi narrativi/espositivi e abilità nella conversazione) con incrementi e sincronie graduati in base all'età. Il disturbo del linguaggio emerge precocemente durante il periodo dello sviluppo; tuttavia, vi è una notevole variabilità nella prima acquisizione del vocabolario e nelle prime combinazioni di parole, e le differenze individuali non sono, come indicatori autonomi, altamente predittive di esiti successivi. Dall'età di 4 anni le differenze individuali nelle abilità di linguaggio sono più stabili, con migliore accuratezza di misurazione, e sono altamente predittive degli esiti successivi. È probabile che il disturbo del linguaggio diagnosticato dai 4 anni di età rimanga stabile nel tempo e tipicamente persista nell'età adulta, sebbene il particolare profilo dei punti di forza e di debolezza del linguaggio possa cambiare nel corso dello sviluppo.

Fattori di rischio e prognosi

I bambini con compromissioni del linguaggio ricettivo hanno una prognosi peggiore rispetto a quelli con compromissioni prevalentemente espressive. Sono più resistenti al trattamento, e sono frequentemente osservate difficoltà di comprensione della lettura.

Fattori genetici e fisiologici. I disturbi del linguaggio sono altamente ereditabili, e i membri della famiglia presentano una probabilità maggiore di avere una storia di compromissione del linguaggio.

Diagnosi differenziale

Normali variazioni del linguaggio. Il disturbo del linguaggio deve essere distinto dalle normali variazioni del linguaggio legate allo sviluppo, e questa distinzione può essere difficile prima dei 4 anni di età. Le variazioni del linguaggio regionali, sociali o culturali/etniche (per es., i dialetti) devono essere considerate quando un individuo viene valutato per compromissione del linguaggio.

Compromissione uditiva o sensoriale di altro tipo. Una compromissione uditiva deve essere esclusa come causa primaria delle difficoltà linguistiche. I deficit del linguaggio possono essere associati a una compromissione dell'udito o a un altro deficit sensoriale, o a deficit motorio dell'eloquio. Quando i deficit del linguaggio sono in eccesso rispetto a quelli normalmente associati a tali problemi, una diagnosi di disturbo del linguaggio può essere posta.

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo). Il ritardo del linguaggio è spesso la caratteristica con cui si presenta la disabilità intellettiva, e la diagnosi definitiva non può essere fatta fino a quando il bambino non è in grado di completare le valutazioni standardizzate. Non viene posta una diagnosi separata a meno che i deficit del linguaggio non eccedano chiaramente le limitazioni intellettive.

Disturbi neurologici. Il disturbo del linguaggio può essere acquisito in associazione a disturbi neurologici, tra cui l'epilessia (per es., afasia acquisita o sindrome di Landau-Kleffner).

Regressione del linguaggio. La perdita dell'eloquio e del linguaggio in un bambino di età inferiore ai 3 anni può essere un segno di disturbo dello spettro dell'autismo (con regressione dello sviluppo) o di una specifica condizione neurologica, come la sindrome di Landau-Kleffner. Tra i bambini di età superiore ai 3 anni, la perdita del linguaggio può essere un sintomo di convulsioni, ed è necessaria una valutazione diagnostica per escludere la presenza di epilessia (per es., elettroencefalogramma di routine ed eseguito durante il sonno).

Comorbilità

Il disturbo del linguaggio è fortemente associato ad altri disturbi del neurosviluppo, in termini di disturbo specifico dell'apprendimento (competenze linguistiche e matematiche), disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo dello spettro dell'autismo e disturbo dello sviluppo della coordinazione. È anche associato a disturbo della comunicazione sociale (pragmatica). Una storia familiare di disturbi dell'eloquio o del linguaggio è spesso presente.

Disturbo fonetico-fonologico 315.39 (F80.0)

Criteri diagnostici

A. Persistente difficoltà nella produzione dei suoni dell'eloquio che interferisce con l'intelligibilità dell'eloquio o impedisce la comunicazione verbale di messaggi.

B. L'alterazione causa limitazioni dell'efficacia della comunicazione che interferiscono con la partecipazione sociale, il rendimento scolastico o le prestazioni professionali, individualmente o in qualsiasi combinazione.

C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo.

D. Le difficoltà non sono attribuibili a condizioni congenite o acquisite, come paralisi cerebrale, palatoschisi, sordità o ipoacusia, danno cerebrale da trauma, o ad altre condizioni mediche o neurologiche.

Caratteristiche diagnostiche

La produzione dei suoni dell'eloquio definisce l'articolazione chiara di fonemi (cioè i singoli suoni) che in combinazione danno luogo alle parole. La produzione dei suoni dell'eloquio richiede sia la conoscenza fonologica dei suoni dell'eloquio sia la capacità di coordinare i movimenti degli organi articolatori (cioè mascella, lingua e labbra) con la respirazione e con la vocalizzazione finalizzata all'eloquio. I bambini con difficoltà nella produzione dell'eloquio possono incontrare difficoltà nella conoscenza fonologica dei suoni dell'eloquio o nella capacità di coordinare i movimenti necessari all'eloquio di grado diverso. Il disturbo fonetico-fonologico è pertanto eterogeneo nei suoi meccanismi di base e comprende un disturbo fonologico e un disturbo dell'articolazione. Un disturbo fonetico-fonologico viene diagnosticato quando la produzione dei suoni dell'eloquio non è quella che ci si aspetterebbe in base all'età e alla fase di sviluppo del bambino e quando i deficit non sono il risultato di compromissione fisica, strutturale, neurologica o uditiva. Tra i bambini di 4 anni di età con uno sviluppo regolare l'eloquio generale dovrebbe essere comprensibile, mentre all'età di 2 anni solo il 50% dell'eloquio può essere comprensibile.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Un disturbo del linguaggio, in particolare con deficit espressivi, si può verificare in concomitanza con il disturbo fonetico-fonologico. Una storia familiare positiva per disturbi dell'eloquio o del linguaggio è spesso presente.

Se la capacità di coordinare rapidamente gli organi articolatori è un aspetto importante delle difficoltà dell'individuo, può essere presente una storia di ritardo o di incoordinazione nell'acquisizione di quelle abilità che utilizzano gli stessi organi articolatori e i relativi muscoli facciali; tali abilità comprendono, tra le altre, la masticazione, il mantenere la bocca chiusa e il soffiarsi il naso. Altre aree della coordinazione motoria possono essere compromesse allo stesso modo che nel disturbo dello sviluppo della coordinazione. La *disprassia verbale* è un termine utilizzato anche per indicare i problemi di produzione dell'eloquio.

L'eloquio può essere compromesso in modo differente in alcune condizioni genetiche (per es., sindrome di Down, sindrome da delezione di 22q, mutazione del gene FoxP2). Se presenti, anche tali condizioni dovrebbero essere codificate.

Sviluppo e decorso

Imparare a produrre i suoni dell'eloquio in modo chiaro e corretto e imparare a produrre un eloquio articolato e fluente sono abilità legate allo sviluppo. L'articolazione dei suoni dell'eloquio segue un modello di sviluppo, che si riflette nei valori normativi per l'età dei test standardizzati. Non è insolito per i bambini con sviluppo regolare utilizzare processi evolutivi per accorciare parole e sillabe nel periodo in cui imparano a parlare, ma la loro progressione nel gestire la produzione dei suoni dell'eloquio dovrebbe portare a un eloquio per lo più comprensibile entro l'età di 3 anni. I bambini con disturbo fonetico-fonologico continuano a utilizzare processi immaturi di semplificazione fonologica anche dopo aver superato l'età in cui la maggior parte dei bambini è in grado di produrre parole in modo chiaro.

La maggior parte dei suoni dell'eloquio dovrebbe essere prodotta in modo chiaro e la maggior parte delle parole dovrebbe essere pronunciata con precisione a seconda dell'età e delle norme di comunità entro i 7 anni d'età. I suoni più frequentemente articolati in maniera errata tendono anche a essere appresi più tardi (*c, l, r, s, z, gl, gn*). Un'errata articolazione di uno qualsiasi di questi suoni potrebbe essere considerata nei limiti della norma fino all'età di 8 anni. Quando sono coinvolti suoni multipli, può essere corretto individuare alcuni di questi suoni come parte di un progetto per migliorare la comprensibilità prima dell'età in cui quasi tutti i bambini possono produrli in modo preciso. La blesità (cioè articolare male le sibilanti) è particolarmente comune e può comportare modalità frontali o laterali di direzione del flusso d'aria. Può essere associata ad anomala modalità di deglutizione legata a protrusione linguale.

La maggior parte dei bambini con disturbo fonetico-fonologico risponde bene al trattamento, e le difficoltà nell'eloquio possono migliorare nel tempo, e quindi il disturbo può non essere permanente. Tuttavia, quando è presente anche un disturbo del linguaggio, il disturbo dell'eloquio ha una prognosi peggiore e può essere associato a disturbi specifici dell'apprendimento.

Diagnosi differenziale

Normali variazioni dell'eloquio. Prima di porre la diagnosi dovrebbero essere considerate le variazioni dell'eloquio regionali, sociali o culturali/etniche.

Compromissione uditiva o sensoriale di altro tipo. Una compromissione dell'udito o sordità può provocare anomalie dell'eloquio. I deficit dell'eloquio possono essere associati a una compromissione uditiva o a un altro deficit sensoriale o a deficit motorio dell'eloquio. Quando i deficit dell'eloquio sono in eccesso rispetto a quelli normalmente associati a questi problemi, una diagnosi di disturbo fonetico-fonologico può essere posta.

Deficit strutturali. La compromissione dell'eloquio può essere dovuta a deficit strutturali (per es., palatoschisi).

Disartria. La compromissione dell'eloquio può essere attribuibile a un disturbo motorio, come la paralisi cerebrale. I segni neurologici, così come le specifiche caratteristiche della voce, differenziano la disartria dal disturbo fonetico-fonologico, anche se nei bambini piccoli (di età inferiore ai 3 anni) la distinzione può essere difficile, soprattutto quando è quasi o del tutto assente un coinvolgimento motorio corporeo generale (come, per esempio, nella sindrome di Worster-Drought).

Mutismo selettivo. L'uso limitato dell'eloquio può essere un segno di mutismo selettivo, un disturbo d'ansia caratterizzato da povertà dell'eloquio in uno o più contesti o ambienti. Il mutismo selettivo può svilupparsi in bambini con un disturbo dell'eloquio a causa dell'imbarazzo causato dalle loro compromissioni di linguaggio, ma molti bambini con mutismo selettivo mostrano un eloquio normale negli ambienti "sicuri", come a casa, o con gli amici stretti.

Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie) 315.35 (F80.81)

Criteri diagnostici

A. Alterazioni della normale fluenza e della cadenza dell'eloquio, che sono inappropriate per l'età dell'individuo e per le abilità linguistiche, persistono nel tempo e sono caratterizzate dal frequente e marcato verificarsi di uno (o più) dei seguenti elementi:

1. Ripetizioni di suoni e sillabe.
2. Prolungamenti dei suoni delle consonanti così come delle vocali.
3. Interruzione di parole (per es., pause all'interno di una parola).
4. Blocchi udibili o silenti (pause del discorso colmate o non colmate).
5. Circonlocuzioni (sostituzioni di parole per evitare parole problematiche).
6. Parole pronunciate con eccessiva tensione fisica.
7. Ripetizioni di intere parole monosillabiche (per es., "Lo-lo-lo-lo vedo").

B. L'alterazione causa ansia nel parlare o limitazioni dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, o del rendimento scolastico o lavorativo, individualmente o in qualsiasi combinazione.

C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo. (**Nota:** I casi con esordio tardivo sono diagnosticati come 307.0 [F98.5] disturbo della fluenza con esordio nell'età adulta.)

D. L'alterazione non è attribuibile a deficit motorio dell'eloquio o a deficit sensoriali, a disfluenza associata a danno neurologico (per es., ictus cerebrale, tumore, trauma) o ad altra condizione medica, e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Caratteristiche diagnostiche

La manifestazione principale del disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie) è un'alterazione della normale fluenza e della cadenza dell'eloquio che non è adeguata all'età dell'individuo. Questa alterazione è caratterizzata da frequenti ripetizioni o prolungamenti di suoni o sillabe e da altri tipi di alterazioni dell'eloquio, compresi interruzioni di parole (per es., pause all'interno di una parola), blocchi udibili o silenti (per es., pause del discorso colmate o non colmate), circonlocuzioni (per es., sostituzioni di parole per evitare parole problematiche), parole pronunciate con eccessiva tensione fisica e ripetizioni di intere parole monosillabiche (per es., "Lo-lo-lo-lo vedo"). L'alterazione nella fluenza interferisce con i risultati scolastici o professionali o con la comunicazione sociale. L'entità dell'alterazione varia da situazione a situazione, e spesso è più grave quando vi è una speciale pressione a comunicare (per es., presentare una relazione a scuola, fare un colloquio per un lavoro). La disfluenza è spesso assente durante la lettura orale, il canto o il colloquio con oggetti inanimati o con animali domestici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Può svilupparsi ansia anticipatoria verso tale problematica. L'individuo che parla può tentare di evitare le disfluenze attraverso meccanismi linguistici (per es., alterando la velocità dell'eloquio, evitando certe parole o suoni) o evitando discorsi in certe situazioni, come telefonare o parlare in pubblico. Oltre a essere caratteristiche del disturbo, lo stress e l'ansia hanno dimostrato essere fattori esacerbanti della disfluenza. Il disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia può anche essere accompagnato da movimenti (per es., ammiccamento, tic, tremori delle labbra o del viso, spasmi del capo, movimenti respiratori, pugni stretti). I bambini con disturbo della fluenza mostrano una varietà di abilità linguistiche, e la relazione tra il disturbo della fluenza e le abilità linguistiche non è chiara.

Sviluppo e decorso

Il disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia, o balbuzie nello sviluppo, si verifica entro i 6 anni di età nell'80-90% degli individui affetti, con un'età di esordio tra i 2 e i 7 anni. L'esordio può essere insidioso o improvviso. Tipicamente, le disfluenze iniziano

in modo graduale, con la ripetizione delle consonanti iniziali, delle prime parole delle frasi o delle parole lunghe. Il bambino potrebbe non essere consapevole delle proprie disfluenze. A mano a mano che il disturbo progredisce, le disfluenze diventano più frequenti e interferenti, verificandosi nelle parole o nelle frasi più significative del discorso. Quando il bambino diviene consapevole delle difficoltà nell'eloquio, può sviluppare dei meccanismi per evitare le disfluenze e le risposte emozionali, tra cui l'astenersi dal parlare in pubblico e l'uso di enunciati brevi e semplici. Uno studio longitudinale mostra che il 65-85% dei bambini si ristabilisce dalla disfluenza, con la gravità del disturbo della fluenza all'età di 8 anni che predice il recupero o la persistenza del disturbo nell'età adolescenziale e in quelle successive.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Il rischio di balbuzie tra parenti biologici di primo grado di individui con disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia è maggiore di 3 volte rispetto alla popolazione generale.

Conseguenze funzionali del disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie)

Oltre a essere caratteristiche proprie del disturbo, lo stress e l'ansia hanno dimostrato essere fattori esacerbanti della disfluenza. Da questa ansia può derivare una compromissione del funzionamento sociale.

Diagnosi differenziale

Deficit sensoriali. Le disfluenze dell'eloquio possono essere associate a compromissione uditiva o ad altro deficit sensoriale o a un deficit motorio dell'eloquio. Quando le disfluenze dell'eloquio sono eccessive rispetto a quelle solitamente associate a questi problemi, una diagnosi di disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia può essere posta.

Normali disfluenze dell'eloquio. Il disturbo deve essere distinto dalle normali disfluenze che si presentano frequentemente nei bambini piccoli, che comprendono ripetizioni di intere parole o frasi (per es., "Io voglio, io voglio un gelato"), frasi incomplete, interiezioni, pause vuote e commenti parentetici. Se queste difficoltà aumentano in frequenza e complessità con la crescita del bambino, una diagnosi di disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia risulta appropriata.

Effetti collaterali di farmaci. La balbuzie può verificarsi come effetto collaterale di farmaci e può essere individuata sulla base di una relazione temporale con l'esposizione al farmaco.

Disfluenze con esordio nell'età adulta. Se l'esordio delle disfluenze avviene durante o dopo l'adolescenza, si tratta di "disfluenza con esordio nell'età adulta" invece che di disturbo del neurosviluppo. Le disfluenze con esordio nell'età adulta sono associate a danni neurologici specifici e a una varietà di condizioni mediche e di disturbi mentali e possono essere specificate insieme a questi, sebbene non siano categorie diagnostiche del DSM-5.

Disturbo di Tourette. I tic vocali e le vocalizzazioni ripetitive del disturbo di Tourette dovrebbero essere distinti dai suoni ripetitivi del disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia per la loro natura e per la loro tempistica.

Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) 315.39 (F80.89)

Criteri diagnostici

A. Persistenti difficoltà nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale come manifestato da tutti i seguenti elementi:
   1. Deficit dell'uso della comunicazione per scopi sociali, come salutarsi e scambiarsi informazioni, con modalità appropriate al contesto sociale.
   2. Compromissione della capacità di modificare la comunicazione al fine di renderla adeguata al contesto o alle esigenze di chi ascolta, come parlare diversamente a seconda che ci si trovi in un'aula scolastica o in un parco giochi, parlare con un bambino diversamente da come si parla con un adulto, ed evitare l'uso di un linguaggio troppo formale.
   3. Difficoltà nel seguire le regole della conversazione e della narrazione, come rispettare i turni in una conversazione, riformulare una frase quando male interpretata e saper utilizzare i segnali verbali e non verbali per regolare l'interazione.
   4. Difficoltà nel capire ciò che non viene dichiarato esplicitamente (per es., fare inferenze) e i significati non letterali o ambigui del linguaggio (per es., idiomi, frasi umoristiche, metafore, significati molteplici la cui interpretazione dipende dal contesto).

B. I deficit causano limitazioni funzionali dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, delle relazioni sociali, del rendimento scolastico o delle prestazioni professionali, individualmente o in combinazione.

C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo (ma i deficit possono non manifestarsi pienamente fino al momento in cui le esigenze di comunicazione sociale non eccedono le capacità limitate).

D. I sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica o neurologica o a basse capacità negli ambiti della struttura della parola e della grammatica, e non sono meglio spiegati da disturbo dello spettro dell'autismo, disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo), ritardo globale dello sviluppo o da un altro disturbo mentale.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) è caratterizzato da una difficoltà primaria con la pragmatica o con l'uso sociale del linguaggio e della comunicazione, come manifestato da deficit nel comprendere e nel seguire le regole sociali della comunicazione verbale e non verbale in contesti naturalistici, nel cambiare linguaggio in base alle esigenze dell'interlocutore o della situazione, e nel seguire le regole della conversazione e della narrazione. I deficit nella comunicazione sociale producono limitazioni funzionali dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, dello sviluppo di relazioni sociali, del rendimento scolastico o delle prestazioni lavorative. I deficit non sono meglio spiegati da ridotte abilità negli ambiti del linguaggio strutturale o delle capacità cognitive.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

La più comune caratteristica associata al disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) è la compromissione del linguaggio, che è caratterizzata da una storia di ritardi nel raggiungere le tappe attese dello sviluppo linguistico, e da problematiche attuali o passate del linguaggio strutturato (si veda "Disturbo del linguaggio" in questo capitolo). Gli individui con deficit della comunicazione sociale possono evitare le interazioni sociali.

Tra gli individui affetti sono molto comuni il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI), problemi del comportamento e disturbi specifici dell'apprendimento.

Sviluppo e decorso

La diagnosi di disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) è rara tra i bambini con un'età inferiore a 4 anni, dato che la comunicazione sociale (pragmatica) dipende dall'adeguato processo di sviluppo dell'eloquio e del linguaggio. All'età di 4 o 5 anni, molti bambini dovrebbero possedere abilità di eloquio e di linguaggio sufficientemente adeguate da permettere l'identificazione di deficit specifici nella comunicazione sociale. Le forme più lievi del disturbo possono non essere evidenti fino all'inizio dell'adolescenza, quando il linguaggio e le interazioni sociali diventano più complessi.

L'esito del disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) è variabile, con alcuni bambini che migliorano notevolmente nel corso del tempo e altri che continuano ad avere difficoltà che persistono in età adulta. Anche tra coloro che presentano miglioramenti significativi, i deficit precoci nella pragmatica possono causare compromissioni durature delle relazioni sociali e del comportamento e anche nell'acquisizione di altre abilità connesse, come l'espressione scritta.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Una storia familiare positiva di disturbo dello spettro dell'autismo, disturbi della comunicazione o disturbo specifico dell'apprendimento sembra aumentare il rischio di disturbo della comunicazione sociale (pragmatica).

Diagnosi differenziale

Disturbo dello spettro dell'autismo. Il disturbo dello spettro dell'autismo è la prima ipotesi diagnostica da prendere in considerazione per gli individui con deficit della comunicazione sociale. I due disturbi possono essere differenziati per la presenza nel disturbo dello spettro dell'autismo di pattern di comportamento, interessi o attività ristretti/ripetitivi, e per la loro assenza nel disturbo della comunicazione sociale (pragmatica). Gli individui con disturbo dello spettro dell'autismo possono presentare solo pattern di comportamento, interessi e attività ristretti/ripetitivi durante il periodo precoce dello sviluppo, quindi deve essere ottenuta una storia clinica completa. L'assenza attuale di sintomi non esclude una diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo nel caso in cui gli interessi ristretti e i comportamenti ripetitivi fossero stati presenti in passato. Una diagnosi di disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) dovrebbe essere considerata soltanto se nella storia dello sviluppo dell'individuo non viene rilevata alcuna evidenza di pattern di comportamento, interessi o attività ristretti/ripetitivi.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. I deficit primari del DDAI possono causare compromissioni della comunicazione sociale e limitazioni funzionali dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale o del rendimento scolastico.

Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale). I sintomi del disturbo della comunicazione sociale si sovrappongono a quelli del disturbo d'ansia sociale. La caratteristica che differenzia i due disturbi è il tempo di insorgenza dei sintomi. Nel disturbo della comunicazione sociale (pragmatica), l'individuo non ha mai avuto una comunicazione sociale efficace; nel disturbo d'ansia sociale, le capacità di comunicazione sociale si sono sviluppate adeguatamente ma non vengono utilizzate a causa di ansia, timore o disagio nei confronti delle interazioni sociali.

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) e ritardo globale dello sviluppo. Le abilità nella comunicazione sociale possono essere deficitarie negli individui con ritardo globale dello sviluppo o con disabilità intellettiva, ma una diagnosi distinta non viene posta a meno che i deficit della comunicazione sociale non siano chiaramente superiori alle limitazioni intellettuali.

Disturbo della comunicazione senza specificazione 307.9 (F80.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo della comunicazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo della comunicazione o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del neurosviluppo. La categoria disturbo della comunicazione senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per un disturbo della comunicazione o per uno specifico disturbo del neurosviluppo non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbo dello spettro dell'autismo

Disturbo dello spettro dell'autismo 299.00 (F84.0)

Criteri diagnostici

A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti, come manifestato dai seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi; si veda il testo):

1. Deficit della reciprocità socio-emotiva, che vanno, per esempio, da un approccio sociale anomalo e dal fallimento della normale reciprocità della conversazione; a una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti; all'incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali.
2. Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale, che vanno, per esempio, dalla comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata; ad anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo o deficit della comprensione e dell'uso dei gesti; a una totale mancanza di espressività facciale e di comunicazione non verbale.
3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni, che vanno, per esempio, dalle difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; alle difficoltà di condividere il gioco di immaginazione o di fare amicizia; all'assenza di interesse verso i coetanei.

Specificare la gravità attuale:

Il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi (si veda Tabella 2).

B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi, si veda testo):

1. Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi (per es., stereotipie motorie semplici, mettere in fila giocattoli o capovolgere oggetti, ecolalia, frasi idiosincratiche).
2. Insistenza nella *sameness* (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale (per es., estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi, saluti rituali, necessità di percorrere la stessa strada o mangiare lo stesso cibo ogni giorno).
3. Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità (per es., forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi).
4. Iper- o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (per es., apparente indifferenza a dolore/temperatura, reazione di avversione nei confronti di suoni o consistenze tattili specifici, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o da movimenti).

Specificare la gravità attuale:

Il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi (si veda Tabella 2).

C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo (ma possono non manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate, o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva).

D. I sintomi causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. Queste alterazioni non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) o da ritardo globale dello sviluppo. La disabilità intellettiva e il disturbo dello spettro dell'autismo spesso sono presenti in concomitanza; per porre diagnosi di comorbilità di disturbo dello spettro dell'autismo e di disabilità intellettiva, il livello di comunicazione sociale deve essere inferiore rispetto a quanto atteso per il livello di sviluppo generale.

Nota: Gli individui con una diagnosi consolidata DSM-IV di disturbo autistico, disturbo di Asperger o disturbo pervasivo dello sviluppo senza specificazione dovrebbero ricevere la diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo. Gli individui che presentano marcati deficit della comunicazione sociale, ma i cui sintomi non soddisfano i criteri per il disturbo dello spettro dell'autismo, dovrebbero essere valutati per la diagnosi di disturbo della comunicazione sociale (pragmatica).

Specificare se:

Con o senza compromissione intellettiva associata

Con o senza compromissione del linguaggio associata

Associato a una condizione medica o genetica nota o a un fattore ambientale (Nota di codifica: Utilizzare un codice aggiuntivo per identificare la condizione medica o genetica associata.)

Associato a un altro disturbo del neurosviluppo, mentale o comportamentale (Nota di codifica: Utilizzare codice/i aggiuntivo/i per identificare il/i disturbo/i del neurosviluppo, mentale/i o comportamentale/i associato/i.)

Con catatonia (per la definizione, fare riferimento ai criteri per la catatonia associata a un altro disturbo mentale, p. 138). (**Nota di codifica:** Utilizzare il codice aggiuntivo 293.89 [F06.1] catatonia associata a disturbo dello spettro dell'autismo per indicare la presenza di una concomitante catatonia.)

Procedure di registrazione

Per il disturbo dello spettro dell'autismo associato a una condizione medica o genetica nota o a un fattore ambientale, o ad altro disturbo del neurosviluppo, mentale o del comportamento, bisogna registrare disturbo dello spettro dell'autismo associato a (nome della condizione, disturbo o fattore) (per es., disturbo dello spettro dell'autismo associato a sindrome di Rett). La gravità dovrebbe essere registrata in base al livello di supporto richiesto per ciascuno dei due ambiti psicopatologici della Tabella 2 (per es., "è necessario un supporto molto significativo per i deficit della comunicazione sociale ed è necessario un supporto significativo per i comportamenti ristretti, ripetitivi"). La specificazione "con compromissione intellettiva associata" o "senza compromissione intellettiva associata" dovrebbe essere registrata dopo. In seguito dovrebbe essere registrata la specificazione della compromissione del linguaggio. Se è presente una compromissione del linguaggio associata, dovrebbe essere registrato il livello attuale di funzionamento verbale (per es., "con compromissione del linguaggio associata – eloquio non comprensibile" o "con compromissione del linguaggio associata – frase isolata"). Se è presente catatonia, è necessario registrare separatamente "catatonia associata a disturbo dello spettro dell'autismo".

Specificatori

Gli specificatori di gravità (si veda Tabella 2) possono essere utilizzati per descrivere in modo conciso la sintomatologia attuale (che potrebbe scendere al di sotto del livello 1), con la consapevolezza che la gravità può variare nei diversi contesti e oscillare nel tempo. La gravità delle difficoltà della comunicazione sociale e dei comportamenti ristretti, ripetitivi dovrebbe essere stimata separatamente. Le categorie descrittive di gravità non dovrebbero essere utilizzate per determinare l'assegnazione e l'erogazione di servizi; questi possono essere sviluppati solo a livello individuale e attraverso la discussione delle priorità e degli obiettivi personali.

Per quanto riguarda lo specificatore "con o senza compromissione intellettiva associata", è necessario comprendere il profilo intellettivo (spesso irregolare) di un bambino o di un adulto con disturbo dello spettro dell'autismo per interpretare le caratteristiche diagnostiche. Sono necessarie stime separate dell'abilità verbale e non verbale (per es., usando test non verbali non cronometrati per valutare i potenziali punti di forza in individui con linguaggio limitato).

Per utilizzare lo specificatore "con o senza compromissione del linguaggio associata", il livello attuale di funzionamento verbale dovrebbe essere valutato come descritto. Esempi di specifiche descrizioni dello specificatore "con compromissione del linguaggio associata" possono comprendere un eloquio non comprensibile (non verbale), solo singole parole o frasi isolate. Il livello del linguaggio negli individui "senza compromissione del linguaggio associata" potrebbe essere ulteriormente descritto con "parla con frasi lunghe" oppure "ha un discorso fluente". Visto che nel disturbo dello spettro dell'autismo il linguaggio ripetitivo può rallentare lo sviluppo del linguaggio espressivo, le abilità di linguaggio ricettivo ed espressivo dovrebbero essere considerate separatamente.

Lo specificatore "associato a una condizione medica o genetica nota o a un fattore ambientale" deve essere utilizzato quando l'individuo è affetto da un disturbo genetico conosciuto (per es., sindrome di Rett, sindrome dell'X fragile, sindrome di Down), da un disturbo medico (per es., epilessia), o presenta una storia di esposizione ambientale (per es., valproato, sindrome alcolica fetale, peso alla nascita molto basso).

Devono essere registrate anche condizioni aggiuntive del neurosviluppo, mentali o comportamentali (per es., disturbo da deficit di attenzione/iperattività; disturbo dello

Tabella 2 Livelli di gravità del disturbo dello spettro dell'autismo

Livello di gravità	Comunicazione sociale	Comportamenti ristretti, ripetitivi
Livello 3 "È necessario un supporto molto significativo"	Gravi deficit delle abilità di comunicazione sociale verbale e non verbale causano gravi compromissioni del funzionamento, avvio molto limitato delle interazioni sociali e reazioni minime alle aperture sociali da parte di altri. Per esempio, una persona con un eloquio caratterizzato da poche parole comprensibili, che raramente avvia interazioni sociali e, quando lo fa, mette in atto approcci insoliti solo per soddisfare esigenze e risponde solo ad approcci sociali molto diretti.	Inflessibilità di comportamento, estrema difficoltà nell'affrontare il cambiamento, o altri comportamenti ristretti/ripetitivi interferiscono in modo marcato con tutte le aree del funzionamento. Grande disagio/difficoltà nel modificare l'oggetto dell'attenzione o l'azione.
Livello 2 "È necessario un supporto significativo"	Deficit marcati delle abilità di comunicazione sociale verbale e non verbale; compromissioni sociali visibili anche in presenza di supporto; avvio limitato delle interazioni sociali; reazioni ridotte o anomale alle aperture sociali da parte di altri. Per esempio, una persona che parla usando frasi semplici, la cui interazione è limitata a interessi ristretti e particolari e che presenta una comunicazione non verbale decisamente strana.	Inflessibilità di comportamento, difficoltà nell'affrontare i cambiamenti o altri comportamenti ristretti/ripetitivi sono sufficientemente frequenti da essere evidenti a un osservatore casuale e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Disagio/difficoltà nel modificare l'oggetto dell'attenzione o l'azione.
Livello 1 "È necessario un supporto"	In assenza di supporto, i deficit della comunicazione sociale causano notevoli compromissioni. Difficoltà ad avviare le interazioni sociali, e chiari esempi di risposte atipiche o infruttuose alle aperture sociali da parte di altri. L'individuo può mostrare un interesse ridotto per le interazioni sociali. Per esempio, una persona che è in grado di formulare frasi complete e si impegna nella comunicazione, ma fallisce nella conversazione bidirezionale con gli altri, e i cui tentativi di fare amicizia sono strani e in genere senza successo.	L'inflessibilità di comportamento causa interferenze significative con il funzionamento in uno o più contesti. Difficoltà nel passare da un'attività all'altra. I problemi nell'organizzazione e nella pianificazione ostacolano l'indipendenza.

sviluppo della coordinazione; disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta; disturbi d'ansia, depressivo o bipolare; tic o disturbo di Tourette; autolesionismo; disturbi della nutrizione, dell'evacuazione e del sonno).

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche essenziali del disturbo dello spettro dell'autismo sono la compromissione persistente della comunicazione sociale reciproca e dell'interazione sociale (Criterio A), e pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi (Criterio B). Questi sintomi si manifestano nella prima infanzia e limitano o compromettono il funzionamento quotidiano (Criteri C e D). Il momento in cui la compromissione funzionale diventa evidente varia in base alle caratteristiche dell'individuo e del suo ambiente. Le caratteristiche diagnostiche centrali sono evidenti nel periodo dello sviluppo, ma misure di intervento, modalità di compensazione e supporto possono mascherare le difficoltà almeno in alcuni contesti. Le manifestazioni del disturbo variano molto anche in base al livello di gravità della condizione autistica, al livello di sviluppo e all'età cronologica; da qui il termine *spettro*. Il disturbo dello spettro dell'autismo comprende disturbi che precedentemente erano classificati come autismo infantile precoce, autismo infantile, autismo di Kanner, autismo ad alto funzionamento, autismo atipico, disturbo pervasivo dello sviluppo senza specificazione, disturbo disintegrativo dell'infanzia e disturbo di Asperger.

Le compromissioni della comunicazione e dell'interazione sociale specificate nel Criterio A sono pervasive e costanti. Le diagnosi sono più valide e affidabili quando si basano su più fonti di informazioni, tra cui le osservazioni del clinico, ciò che viene riferito dai caregiver e, quando possibile, le autovalutazioni. I deficit verbali e non verbali della comunicazione sociale si presentano sotto forma di diverse manifestazioni, a seconda dell'età dell'individuo, del livello intellettivo e della capacità di linguaggio, così come a seconda di altri fattori come il trattamento ricevuto e il supporto attuale. Molti individui presentano deficit del linguaggio, che vanno dalla completa assenza di capacità discorsiva a ritardi del linguaggio, scarsa comprensione del discorso, ecolalia o linguaggio manierato e troppo letterale. Anche quando le abilità linguistiche formali (per es., vocabolario, grammatica) sono mantenute, nel disturbo dello spettro dell'autismo è compromesso l'uso del linguaggio per la comunicazione sociale reciproca.

I deficit della reciprocità socio-emotiva (cioè la capacità di relazionarsi con gli altri e di condividere pensieri e sentimenti) sono chiaramente evidenti nei bambini con il disturbo, i quali possono mostrare scarsa o nessuna capacità di avviare interazioni sociali e nessuna condivisione di emozioni, associate a una ridotta o assente imitazione del comportamento degli altri. Qualsiasi linguaggio esista è spesso unilaterale, privo di reciprocità sociale e utilizzato per avanzare richieste o per etichettare piuttosto che per commentare, condividere sentimenti o conversare. Negli adulti senza disabilità intellettive o ritardi del linguaggio, i deficit della reciprocità socio-emotiva possono essere molto evidenti nella difficoltà di elaborazione e di risposta rispetto agli stimoli sociali complessi (per es., quando e come partecipare a una conversazione, che cosa non dire). Gli adulti che hanno sviluppato strategie di compensazione per alcune sfide sociali continuano a doversi sforzare in situazioni nuove o non supportate e soffrono per lo sforzo e per l'ansia di dover calcolare coscientemente ciò che per la maggior parte degli individui è socialmente intuitivo.

I deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per le interazioni sociali sono manifestati da assenza, riduzione o uso atipico del contatto visivo (in relazio-

ne alle norme culturali), dei gesti, delle espressioni facciali, dell'orientamento del corpo o dell'intonazione del discorso. Una caratteristica precoce del disturbo dello spettro dell'autismo è una compromissione dell'attenzione congiunta, manifestata dalla scarsa capacità di indicare, mostrare o portare con sé oggetti per condividere un interesse con gli altri, o dall'incapacità di seguire ciò che viene indicato o lo sguardo di qualcuno. Gli individui possono apprendere pochi gesti funzionali, ma il loro repertorio di gesti è più ristretto rispetto a quello degli altri, e spesso non riescono a utilizzare spontaneamente gesti espressivi durante la comunicazione. Tra gli adulti con linguaggio fluente, la difficoltà di coordinare la comunicazione non verbale e l'eloquio può dare l'impressione di stranezza, legnosità o di esagerato "linguaggio del corpo" durante le interazioni. La compromissione può essere relativamente sottile all'interno di modalità individuali (per es., alcuni possono avere un contatto visivo relativamente buono mentre parlano), ma risulta evidente nell'integrazione inadeguata di contatto visivo, gesti, postura del corpo, prosodia ed espressioni del viso durante la comunicazione sociale.

I deficit nell'instaurare, mantenere e comprendere le relazioni dovrebbero essere valutati nel confronto con le norme per età, genere e cultura. Può esservi un interesse sociale assente, ridotto o atipico, manifestato dal rifiuto degli altri, da passività o da approcci inappropriati che sembrano aggressivi o distruttivi. Queste difficoltà sono particolarmente evidenti nei bambini piccoli, nei quali sono spesso presenti la mancanza di gioco sociale condiviso e di immaginazione (per es., gioco di finzione non rigido adeguato all'età) e, in seguito, l'insistenza nel giocare con regole molto fisse. Gli individui più anziani possono sforzarsi per capire quale comportamento è considerato appropriato in una situazione ma non in un'altra (per es., comportamento informale durante un colloquio di lavoro), o i differenti modi in cui il linguaggio può essere utilizzato per comunicare (per es., ironia, bugie innocenti). Può essere presente un'evidente preferenza per le attività solitarie o per l'interazione con persone molto più giovani o più anziane. Vi è, di frequente, il desiderio di instaurare amicizie senza un'idea completa o realistica di cosa l'amicizia comporti (per es., amicizia a senso unico o amicizia basata unicamente sulla condivisione di interessi speciali). Sono importanti da considerare (in termini di reciprocità) anche le relazioni con fratelli, colleghi e caregiver.

Il disturbo dello spettro dell'autismo è definito anche da pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi (come specificato nel Criterio B), con una varietà di manifestazioni in relazione all'età e all'abilità, all'intervento terapeutico e al livello di supporto. I comportamenti stereotipati e ripetitivi comprendono stereotipie motorie semplici (per es., battere le mani, schioccare le dita), uso ripetitivo di oggetti (per es., far ruotare monete, mettere in fila i giocattoli) ed eloquio ripetitivo (per es., ecolalia; ripetizione ritardata o immediata di parole ascoltate; uso del "tu" riferendosi a se stessi; uso stereotipato di parole, frasi o pattern prosodici). L'eccessiva aderenza alla routine e i limitati pattern di comportamento possono manifestarsi con la resistenza al cambiamento (per es., disagio legato a piccoli cambiamenti apparenti, come la confezione del cibo preferito; insistenza sull'adesione alle regole; rigidità di pensiero) o con comportamenti rituali verbali e non verbali (per es., domande ripetitive, fare ripetutamente un percorso). Gli interessi altamente ristretti, fissi del disturbo dello spettro dell'autismo tendono a essere anomali dal punto di vista dell'intensità e della profondità (per es., un bambino piccolo fortemente attaccato a una pentola; un bambino preoccupato per un aspirapolvere; un adulto che trascorre il tempo a scrivere orari). Alcune attrazioni e alcuni comportamenti routinari possono essere collegati con l'evidente iper- o ipo-reattività verso stimoli sensoriali, che si manifesta attraverso reazioni estreme a particolari suoni o consistenze tattili, una tendenza eccessiva ad annusare o toccare oggetti, l'essere affascinati da luci o oggetti in movimento, e a volte apparente insensibilità al dolore, al caldo o al freddo. Reazioni estreme o rituali riguardanti gusto, olfatto, consistenza o aspetto del cibo o eccessive restrizioni alimentari sono comuni e possono rappresentare caratteristiche di manifestazione del disturbo dello spettro dell'autismo.

Molti adulti con disturbo dello spettro dell'autismo senza disabilità intellettive o del linguaggio imparano a reprimere il comportamento ripetitivo in pubblico. Gli interessi particolari possono rappresentare una fonte di piacere e di motivazione e forniscono percorsi per l'educazione e l'impiego lavorativo in una fase di vita successiva. I criteri diagnostici possono essere soddisfatti quando pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi erano chiaramente presenti durante l'infanzia o in un dato momento del passato, anche se i sintomi non sono più presenti.

Il Criterio D richiede che le caratteristiche causino compromissione clinicamente significativa dell'attuale funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Il Criterio E specifica che i deficit della comunicazione sociale, nonostante a volte possano essere in associazione a disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo), non sono in linea con il livello di sviluppo dell'individuo; le compromissioni superano le difficoltà attese in base al livello di sviluppo.

Gli strumenti diagnostici comportamentali standardizzati con buone proprietà psicometriche, compresi le interviste ai caregiver, i questionari e gli strumenti di misurazione legati all'osservazione del clinico, sono disponibili e possono migliorare l'affidabilità della diagnosi nel tempo e tra i clinici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Molti individui con disturbo dello spettro dell'autismo presentano anche compromissione intellettiva e/o del linguaggio (per es., parlare lentamente, comprensione del linguaggio inferiore alla produzione). Anche gli individui con intelligenza nella media o sopra la media hanno un profilo di abilità irregolare. Il divario tra abilità funzionali intellettive e adattive è spesso ampio. Sono frequenti deficit motori, compresi andatura stravagante, goffaggine e altri segni motori anomali (per es., camminare in punta di piedi). Può manifestarsi autolesionismo (per es., colpirsi il capo, mordersi i polsi), e i comportamenti dirompenti/sfidanti sono più comuni nei bambini e negli adolescenti con disturbo dello spettro dell'autismo che in quelli con altri disturbi, compresa la disabilità intellettiva. Adolescenti e adulti con disturbo dello spettro dell'autismo presentano una predisposizione verso ansia e depressione. Alcuni individui sviluppano comportamento motorio di tipo catatonico (lentezza e *freezing* durante l'esecuzione delle azioni), ma in genere non di intensità pari a quello di un episodio di catatonia. Tuttavia è possibile che individui con disturbo dello spettro dell'autismo sperimentino un deterioramento marcato dei sintomi motori e presentino un episodio catatonico conclamato con sintomi quali mutismo, tendenza ad assumere posture fisse, smorfie e flessibilità cerea. Il periodo più a rischio per la comorbilità con la catatonia è quello dell'adolescenza.

Prevalenza

Recentemente, le frequenze di disturbo dello spettro dell'autismo negli Stati Uniti e in altri paesi si avvicinano all'1% della popolazione, con stime simili in campioni di bambini e adulti. Non è chiaro se i tassi più alti riflettano un ampliamento dei criteri diagnostici del DSM-IV per comprendere i casi sottosoglia, una maggiore attenzione verso la patologia, differenze nelle metodologie di studio o un vero e proprio aumento della frequenza del disturbo dello spettro dell'autismo.

Sviluppo e decorso

Anche l'età e i pattern di esordio dovrebbero essere indicati nel disturbo dello spettro dell'autismo. I sintomi in genere vengono riconosciuti nel secondo anno di vita (12-24 mesi di età) ma possono essere osservati prima dei 12 mesi se il ritardo dello sviluppo è grave, o dopo i 24 mesi se i sintomi sono attenuati. La descrizione della modalità di esordio può comprendere informazioni su precoci ritardi dello sviluppo o sulla perdita di abilità sociali o linguistiche. Nei casi in cui le abilità sono state perse, i genitori o i caregiver possono riferire una storia di deterioramento graduale o relativamente rapido del comportamento sociale o delle abilità linguistiche. In genere, tale deterioramento si verifica tra i 12 e i 24 mesi di età ed è distinto dai rari esempi di regressione dello sviluppo che si verifica dopo almeno 2 anni di sviluppo normale (precedentemente descritta come disturbo disintegrativo dell'infanzia).

Le caratteristiche comportamentali del disturbo dello spettro dell'autismo iniziano a diventare evidenti nella prima infanzia, con alcuni casi di individui che presentano uno scarso interesse per le interazioni sociali già nel primo anno di vita. Alcuni bambini con disturbo dello spettro dell'autismo sperimentano fasi di plateau o di regressione dello sviluppo, con un graduale o relativamente precoce deterioramento del comportamento sociale o dell'uso del linguaggio, spesso durante i primi 2 anni di vita. Queste compromissioni sono rare in altri disturbi e possono essere degli utili "campanelli di allarme" per il disturbo dello spettro dell'autismo. Molto più insolite e che giustificano un'attenzione medica più approfondita sono le perdite di altre abilità oltre a quella della comunicazione sociale (per es., perdita della capacità di prendersi cura di sé, di andare al bagno, delle abilità motorie) o le perdite di abilità che si presentano dopo il secondo anno di età (si veda anche la sindrome di Rett nel paragrafo "Diagnosi differenziale" per questo disturbo).

I primi sintomi del disturbo dello spettro dell'autismo comportano frequentemente uno sviluppo del linguaggio ritardato, spesso associato a scarsi interessi sociali o a insolite interazioni sociali (per es., tirare le altre persone per mano cercando di non guardarle), a modalità di gioco stravaganti (per es., portare i giocattoli in giro ma non giocarci mai) e a modalità di comunicazione insolite (per es., conoscere l'alfabeto ma non rispondere al proprio nome). La sordità può essere sospettata, ma viene in genere esclusa. Durante il secondo anno, i comportamenti stravaganti e ripetitivi e l'assenza di giochi abituali diventano più evidenti. Dato che in genere molti bambini piccoli nel corso dello sviluppo hanno delle preferenze forti e adorano alcune forme di comportamenti ripetitivi (per es., mangiare lo stesso cibo, guardare lo stesso video numerose volte), può essere difficile distinguere i comportamenti ristretti e ripetitivi che sono diagnostici per il disturbo dello spettro dell'autismo nei bambini in età prescolare. La distinzione clinica è basata sul tipo, sulla frequenza e sull'intensità del comportamento (per es., bambini che quotidianamente allineano oggetti per ore e provano molto disagio se un oggetto viene spostato).

Il disturbo dello spettro dell'autismo non è un disturbo degenerativo, ed è tipico che apprendimento e compensazioni progrediscano per tutta la vita. I sintomi sono spesso più marcati nella prima infanzia e nei primi anni di scuola, con un guadagno evolutivo in genere nella tarda infanzia, almeno in alcune aree (per es., aumento di interesse per le interazioni sociali). Una piccola percentuale di individui peggiora durante l'adolescenza, mentre molti migliorano. Solo una minoranza di individui con disturbo dello spettro dell'autismo vive e lavora in maniera autonoma durante l'età adulta; quelli che lo fanno tendono ad avere linguaggio e capacità intellettive superiori e sono in grado di trovare una nicchia ambientale che si incontra adeguatamente con i loro interessi e le loro abilità speciali. In generale, gli individui con bassi livelli di compromissione possono essere maggiormente abili nel funzionamento autonomo. Tuttavia, anche questi individui rimangono socialmente ingenui e vulnerabili, trovano difficoltà nell'organizzazione pratica delle cose se non ricevono aiuto e sono predisposti a sviluppare ansia e depressione. Molti adulti riferiscono di usare strategie compensatorie e meccanismi di coping per mascherare le loro difficoltà in pubblico ma soffrono per lo stress e per lo sforzo compiuto per mantenere una facciata socialmente accettabile. Non si sa molto sul disturbo dello spettro dell'autismo negli individui anziani.

Alcuni individui ricevono la prima diagnosi in età adulta, forse stimolati dalla diagnosi di autismo a un bambino della famiglia o da una crisi relazionale a casa o al lavoro. In questi casi può essere difficile ottenere una storia dettagliata dello sviluppo ed è importante considerare le difficoltà riferite dall'individuo stesso. Il disturbo dello spettro dell'autismo può essere diagnosticato quando l'osservazione clinica suggerisce che i criteri sono attualmente soddisfatti, purché non vi sia alcuna prova di capacità relazionali e di comunicazione adeguate nell'infanzia. Per esempio, la comunicazione (da parte dei genitori o di un altro parente) che l'individuo aveva rapporti di amicizia reciproca normali e duraturi e buone capacità di comunicazione non verbale durante l'infanzia potrebbe escludere una diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo; tuttavia, l'assenza di informazioni sullo sviluppo di per sé non dovrebbe escludere la diagnosi.

Le manifestazioni della compromissione sociale e della comunicazione sociale e dei comportamenti ristretti/ripetitivi che definiscono il disturbo dello spettro dell'autismo divengono chiare nel periodo dello sviluppo. Nella fase avanzata della vita, gli interventi o i meccanismi di compensazione, come il supporto, possono mascherare queste difficoltà almeno in alcuni contesti. Tuttavia, i sintomi residui sono sufficienti per causare compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Fattori di rischio e prognosi

I fattori prognostici meglio stabiliti per il disturbo dello spettro dell'autismo sono la presenza o l'assenza di disabilità intellettiva e compromissione del linguaggio associati (per es., linguaggio funzionale a 5 anni è un fattore prognostico positivo) e con problemi di salute mentale aggiuntivi. La presenza di epilessia, come diagnosi di comorbilità, è associata a una maggiore disabilità intellettiva e a una capacità verbale inferiore.

Fattori ambientali. Una varietà di fattori di rischio aspecifici, quali l'età avanzata dei genitori, il basso peso alla nascita o l'esposizione del feto a valproato, può contribuire al rischio di sviluppare un disturbo dello spettro dell'autismo.

Fattori genetici e fisiologici. Le stime di ereditarietà del disturbo dello spettro dell'autismo variano tra 37 e 90%, sulla base del tasso di concordanza tra gemelli. Attualmente il 15% dei casi di disturbo dello spettro dell'autismo sembra essere associato a una nota mutazione genetica, con diverse variazioni del numero di copie de novo o mutazioni de novo in specifici geni associati al disturbo in famiglie diverse. Tuttavia, anche quando il disturbo dello spettro dell'autismo è associato a una mutazione genetica nota, non sembra essere pienamente penetrante. Per il resto dei casi il rischio sembra essere legato a trasmissione poligenica, con centinaia di loci genetici che contribuiscono in maniera relativamente ridotta.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Esistono differenze culturali rispetto alle norme dell'interazione sociale, della comunicazione non verbale e delle relazioni, ma gli individui con disturbo dello spettro dell'autismo presentano una marcata compromissione rispetto alle norme del loro

contesto culturale. I fattori culturali e socioeconomici possono influenzare l'età di riconoscimento o di diagnosi; negli Stati Uniti, per esempio, si può verificare un ritardo o una sottostima del disturbo dello spettro dell'autismo nei bambini afroamericani.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il disturbo dello spettro dell'autismo viene diagnosticato quattro volte di più nei maschi rispetto alle femmine. Nella pratica clinica, le femmine tendono ad avere una maggior probabilità di mostrare associazione a disabilità intellettiva, suggerendo che il disturbo nelle femmine senza compromissioni intellettive concomitanti o senza ritardi del linguaggio può non essere riconosciuto, forse a causa della più tenue manifestazione delle difficoltà sociali e di comunicazione.

Conseguenze funzionali del disturbo dello spettro dell'autismo

Nei bambini piccoli con disturbo dello spettro dell'autismo la mancanza di abilità sociali e di comunicazione può ostacolare l'apprendimento, in particolare l'apprendimento attraverso l'interazione sociale o le relazioni con i coetanei. In casa, l'insistenza sulla quotidianità e l'avversione per i cambiamenti, così come la sensibilità sensoriale, possono interferire con l'alimentazione, il sonno e rendere la cura di sé (per es., tagliarsi i capelli, igiene dentaria) estremamente difficoltosa. Le capacità adattive sono generalmente al di sotto del QI misurato. Le gravi difficoltà nella pianificazione, nell'organizzazione e nell'affrontare il cambiamento hanno un impatto negativo sul rendimento scolastico, anche tra gli studenti con intelligenza superiore alla media. Durante l'età adulta questi individui possono trovare difficoltà ad avere una vita indipendente a causa della rigidità e delle difficoltà verso le novità.

Molti individui con disturbo dello spettro dell'autismo, anche in assenza di disabilità intellettiva, hanno uno scarso funzionamento psicosociale in età adulta, come indicato da parametri quali vita indipendente e attività remunerativa. Le conseguenze funzionali in età avanzata sono sconosciute, ma i problemi di isolamento e di comunicazione sociale (per es., riduzione della ricerca di aiuto) possono avere conseguenze per la salute.

Diagnosi differenziale

Sindrome di Rett. Un'alterazione dell'interazione sociale può essere osservata durante la fase di regressione della sindrome di Rett (tipicamente tra 1 e 4 anni di età); in tal modo, una parte rilevante delle bambine affette può avere un quadro clinico che soddisfa i criteri diagnostici per il disturbo dello spettro dell'autismo. Tuttavia, dopo questo periodo, la maggior parte degli individui con sindrome di Rett migliora le proprie abilità di comunicazione sociale, e i tratti autistici smettono di rappresentare una grande preoccupazione. Di conseguenza, il disturbo dello spettro dell'autismo deve essere considerato solo quando tutti i criteri diagnostici sono soddisfatti.

Mutismo selettivo. Nel mutismo selettivo, il primo periodo dello sviluppo non è in genere alterato. Il bambino affetto di solito presenta adeguate capacità di comunicazione in determinati contesti e ambiti. Anche in ambienti in cui il bambino è muto, la reciprocità sociale non è compromessa, né sono presenti pattern di comportamento ristretti o ripetitivi.

Disturbi del linguaggio e disturbo della comunicazione sociale (pragmatica). In alcune forme del disturbo del linguaggio, vi possono essere problemi di comunicazione e alcune difficoltà sociali secondarie. Tuttavia, un disturbo specifico del linguaggio non è di solito associato a comunicazione non verbale anomala, né alla presenza di pattern di comportamento, interessi o attività ristrette, ripetitive.

Quando un individuo mostra una compromissione della comunicazione sociale e delle interazioni sociali, ma non mostra comportamenti o interessi limitati e ripetitivi, possono risultare soddisfatti i criteri per il disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) piuttosto che quelli per il disturbo dello spettro dell'autismo. La diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo sostituisce quella di disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) ogni volta che i criteri per il disturbo dello spettro dell'autismo sono soddisfatti, e bisognerebbe prestare particolare attenzione nell'informarsi sulla presenza di comportamento ristretto/ripetitivo passato o attuale.

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) senza disturbo dello spettro dell'autismo. Può essere difficile differenziare la disabilità intellettiva senza disturbo dello spettro dell'autismo dal disturbo dello spettro dell'autismo nei bambini molto piccoli. Anche gli individui con disabilità intellettiva che non hanno sviluppato il linguaggio o le abilità simboliche rappresentano una sfida per la diagnosi differenziale, in quanto anche in tali individui si verificano spesso comportamenti ripetitivi. Una diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo in un individuo con disabilità intellettiva è appropriata quando la comunicazione sociale e l'interazione sono significativamente compromesse rispetto al livello di sviluppo delle abilità non verbali dell'individuo (per es., abilità motorie fini, problem solving non verbale). Al contrario, la disabilità intellettiva rappresenta la diagnosi appropriata quando non vi è un'evidente discrepanza tra il livello delle competenze socio-comunicative e quello delle altre abilità intellettuali.

Disturbo da movimento stereotipato. Le stereotipie motorie sono tra le caratteristiche diagnostiche del disturbo dello spettro dell'autismo, per cui una diagnosi aggiuntiva di disturbo da movimento stereotipato non viene posta quando tali comportamenti ripetitivi sono meglio spiegati dalla presenza del disturbo dello spettro dell'autismo. Tuttavia, quando stereotipie causano autolesionismo e diventano l'oggetto di attenzione del trattamento, entrambe le diagnosi possono essere appropriate.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Anomalie dell'attenzione (eccessivamente concentrati o facilmente distratti) sono comuni negli individui con disturbo dello spettro dell'autismo, come è comune l'iperattività. Una diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) dovrebbe essere considerata quando le difficoltà attentive o l'iperattività superano le difficoltà attentive o l'iperattività tipicamente osservate in individui di età mentale paragonabile.

Schizofrenia. La schizofrenia con esordio nell'infanzia di solito si presenta dopo un periodo di sviluppo normale o quasi normale. È stato descritto uno stato prodromico in cui si verificano compromissione sociale, interessi e convinzioni atipici, che potrebbero essere confusi con i deficit sociali osservati nel disturbo dello spettro dell'autismo. Allucinazioni e deliri, caratteristiche definitorie della schizofrenia, non sono caratteristiche del disturbo dello spettro dell'autismo. Tuttavia, i clinici devono prendere in considerazione la possibilità, negli individui con disturbo dello spettro dell'autismo, che essi siano concreti nell'interpretazione di domande riguardanti le caratteristiche principali della schizofrenia (per es., "Senti delle voci quando non c'è nessuno?" "Sì" [alla radio]).

Comorbilità

Il disturbo dello spettro dell'autismo è frequentemente associato a compromissione intellettiva e disturbo della struttura del linguaggio (cioè incapacità di comprendere e

costruire frasi grammaticalmente corrette), che dovrebbe essere indicato quando possibile con specificatori pertinenti. Molti individui con questo disturbo presentano sintomi psichiatrici che non fanno parte dei criteri diagnostici per il disturbo (il 70% circa degli individui con disturbo dello spettro dell'autismo può essere affetto da un disturbo mentale concomitante, e il 40% può avere due o più disturbi mentali concomitanti). Quando sono soddisfatti entrambi i criteri diagnostici per DDAI e per disturbo dello spettro dell'autismo, dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi. Lo stesso principio si applica nelle diagnosi concomitanti di disturbo dello spettro dell'autismo e di disturbo dello sviluppo della coordinazione, disturbi d'ansia, disturbi depressivi e altre diagnosi. Tra gli individui che non parlano o che hanno un deficit del linguaggio, segni osservabili quali variazioni del sonno o dell'alimentazione e aumento dei comportamenti di sfida dovrebbero stimolare una valutazione dei livelli di ansia o di depressione. Difficoltà specifiche dell'apprendimento (lettura, scrittura e calcolo) sono comuni, come lo è il disturbo dello sviluppo della coordinazione. Condizioni mediche comunemente associate al disturbo dello spettro dell'autismo dovrebbero essere indicate come "in associazione a condizione medica/genetica conosciuta o ambientale/acquisita". Queste condizioni mediche comprendono epilessia, problemi relativi al sonno e stipsi. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo è un profilo facilmente frequente nel disturbo dello spettro dell'autismo, e preferenze alimentari estreme e ristrette possono persistere.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività

Criteri diagnostici

A. Un pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo, come caratterizzato da (1) e/o (2):

1. **Disattenzione:** Sei (o più) dei seguenti sintomi sono persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative.

   Nota: I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni e oltre di età) sono richiesti almeno cinque sintomi.

   a. Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività (per es., trascura o omette dettagli, il lavoro non è accurato).
   b. Ha spesso difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco (per es., ha difficoltà a rimanere concentrato/a durante una lezione, una conversazione o una lunga lettura).
   c. Spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente (per es., la mente sembra altrove, anche in assenza di distrazioni evidenti).
   d. Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri sul posto di lavoro (per es., inizia i compiti ma perde rapidamente la concentrazione e viene distratto/a facilmente).

   e. Ha spesso difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività (per es., difficoltà nel gestire compiti sequenziali; difficoltà nel tenere in ordine materiali e oggetti; lavoro disordinato, disorganizzato; gestisce il tempo in modo inadeguato, non riesce a rispettare le scadenze).
   f. Spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (per es., compiti scolastici o compiti a casa; per gli adolescenti più grandi e gli adulti, stesura di relazioni, compilazione di moduli, revisione di documenti).
   g. Perde spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per es., materiale scolastico, matite, libri, strumenti, portafogli, chiavi, documenti, occhiali, telefono cellulare).
   h. Spesso è facilmente distratto/a da stimoli esterni (per gli adolescenti più grandi e gli adulti, possono essere compresi pensieri incongrui).
   i. È spesso sbadato/a nelle attività quotidiane (per es., sbrigare le faccende; fare commissioni; per gli adolescenti più grandi e per gli adulti, ricordarsi di fare una telefonata; pagare le bollette; prendere appuntamenti).

2. **Iperattività e impulsività:** Sei (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative:

   Nota: I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (età di 17 anni e oltre) sono richiesti almeno cinque sintomi.

   a. Spesso agita o batte mani e piedi o si dimena sulla sedia.
   b. Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti (per es., lascia il posto in classe, in ufficio o in un altro luogo di lavoro, o in altre situazioni che richiedono di rimanere al proprio posto).
   c. Spesso scorrazza e salta in situazioni in cui farlo risulta inappropriato. (**Nota:** Negli adolescenti e negli adulti può essere limitato al sentirsi irrequieti.)
   d. È spesso incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente.
   e. È spesso "sotto pressione", agendo come se fosse "azionato/a da un motore" (per es., è incapace di rimanere fermo/a, o si sente a disagio nel farlo, per un periodo di tempo prolungato, come nei ristoranti, durante le riunioni; può essere descritto/a dagli altri come una persona irrequieta o con cui è difficile avere a che fare).
   f. Spesso parla troppo.
   g. Spesso "spara" una risposta prima che la domanda sia stata completata (per es., completa le frasi dette da altre persone; non riesce ad attendere il proprio turno nella conversazione).
   h. Ha spesso difficoltà nell'aspettare il proprio turno (per es., mentre aspetta in fila).
   i. Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per es., interrompe conversazioni, giochi o attività; può iniziare a utilizzare le cose degli altri senza chiedere o ricevere il permesso; adolescenti e adulti possono inserirsi o subentrare in ciò che fanno gli altri).

B. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni.

C. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività si presentano in due o più contesti (per es., a casa, a scuola o al lavoro; con amici o parenti; in altre attività).

D. Vi è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono, la qualità del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

E. I sintomi non si presentano esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di un altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo dissociativo, disturbo di personalità, intossicazione o astinenza da sostanze).

Specificare quale:

314.01 (F90.2) Manifestazione combinata: Se il Criterio A1 (disattenzione) e il Criterio A2 (iperattività-impulsività) sono soddisfatti entrambi negli ultimi 6 mesi.

314.00 (F90.0) Manifestazione con disattenzione predominante: Se il Criterio A1 (disattenzione) è soddisfatto ma il Criterio A2 (iperattività-impulsività) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi.

314.01 (F90.1) Manifestazione con iperattività/impulsività predominanti: Se il Criterio A2 (iperattività-impulsività) è soddisfatto e il Criterio A1 (disattenzione) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi.

Specificare se:

In remissione parziale: Quando tutti i criteri sono stati precedentemente soddisfatti, non tutti i criteri sono stati soddisfatti negli ultimi 6 mesi e i sintomi ancora causano compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Sono presenti pochi, ove esistenti, sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, e i sintomi comportano solo compromissioni minori del funzionamento sociale o lavorativo.

Moderata: Sono presenti sintomi o compromissione funzionale compresi tra "lievi" e "gravi".

Grave: Sono presenti molti sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, o diversi sintomi che sono particolarmente gravi, o i sintomi comportano una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale del disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) è un persistente pattern di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo. La *disattenzione* si manifesta a livello comportamentale nel DDAI come divagazione dal compito, mancanza di perseveranza, difficoltà a mantenere l'attenzione e disorganizzazione, e non è causata da atteggiamento di sfida o da mancanza di comprensione. L'*iperattività* si riferisce a un'eccessiva attività motoria (come un bambino che corre dappertutto) in momenti in cui essa non è appropriata, o a un eccessivo dimenarsi, a tamburellamenti o loquacità. Negli adulti, l'iperattività si può manifestare come un'estrema irrequietezza o con il logorare gli altri con la propria attività. L'*impulsività* si riferisce ad azioni affrettate che avvengono all'istante, senza premeditazione, e che hanno un alto potenziale di danno per l'individuo (per es., attraversare la strada senza guardare). L'impulsività può riflettere un desiderio di ricompensa immediata o un'incapacità di ritardare la gratificazione. Comportamenti impulsivi possono manifestarsi come invadenza sociale (per es., interrompere gli altri in modo eccessivo) e/o con il prendere decisioni importanti senza considerare le conseguenze a lungo termine (per es., accettare un lavoro senza informazioni adeguate).

Il DDAI inizia nell'infanzia. Il requisito per cui molti sintomi si devono manifestare prima dei 12 anni di età trasmette l'importanza di un quadro clinico rilevante durante l'infanzia. Allo stesso tempo, non viene specificata un'età di esordio precoce a causa delle difficoltà nello stabilire retrospettivamente un preciso momento di esordio nell'infanzia. Il ricordo dei sintomi dell'infanzia negli adulti tende a essere inaffidabile ed è utile per ottenere informazioni ausiliarie.

Le manifestazioni del disturbo devono essere presenti in più di un contesto (per es., casa e scuola, lavoro). La conferma della presenza di sintomi rilevanti in diversi ambienti in genere non può essere data con precisione senza consultare persone informate che hanno osservato l'individuo in tali ambienti. In genere i sintomi variano a seconda del contesto all'interno di un dato ambiente. I segni del disturbo possono essere minimi o assenti quando l'individuo riceve frequenti ricompense per comportamento adeguato, è sotto stretta sorveglianza, è in un ambiente nuovo, è impegnato in attività particolarmente interessanti, riceve una consistente stimolazione esterna (per es., attraverso schermi elettronici), o interagisce vis-à-vis con qualcun altro (per es., nello studio del clinico).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Lievi ritardi dello sviluppo del linguaggio, motorio o sociale non sono specifici del DDAI ma si presentano spesso in concomitanza. Caratteristiche associate possono comprendere bassa tolleranza alla frustrazione, irritabilità o umore labile. Anche in assenza di un disturbo specifico dell'apprendimento, le prestazioni scolastiche o lavorative sono spesso compromesse. Un comportamento disattento è associato a diversi processi cognitivi sottostanti, e gli individui con DDAI possono manifestare problemi cognitivi ai test per attenzione, funzioni esecutive o memoria, sebbene questi test non siano sufficientemente sensibili o specifici da essere utilizzabili come indicatori diagnostici. Nella prima età adulta, il DDAI è associato a un aumento del rischio di tentativi di suicidio, soprattutto quando in comorbilità con disturbi dell'umore, della condotta o da uso di sostanze.

Non esistono marker biologici diagnostici per il DDAI. Come gruppo, in confronto ai coetanei, i bambini con DDAI mostrano un aumento di onde lente all'elettroencefalogramma, un ridotto volume totale cerebrale alla risonanza magnetica e un possibile ritardo nella maturazione della corteccia postero-anteriore, ma questi reperti non sono diagnostici. Nei casi non comuni in cui è presente una causa genetica nota (per es., sindrome dell'X fragile, sindrome da delezione di 22q11), la manifestazione del DDAI dovrebbe essere comunque diagnosticata.

Prevalenza

Studi sulla popolazione indicano che il DDAI si verifica nella maggior parte delle culture in circa il 5% dei bambini e il 2,5% degli adulti.

Sviluppo e decorso

Molti genitori osservano inizialmente un'eccessiva attività motoria nei primi anni di vita del bambino, ma prima dei 4 anni i sintomi sono difficilmente distinguibili dai comportamenti normali altamente variabili. Il DDAI è molto spesso identificato durante gli anni della scuola elementare, e la disattenzione diventa più preminente e invalidante. Il disturbo è relativamente stabile durante la prima adolescenza, ma alcuni individui possono avere un decorso peggiore con lo sviluppo di comportamenti antisociali. In molti individui con DDAI, i sintomi dell'iperattività motoria diventano meno evidenti nell'adolescenza e nell'età adulta, ma persistono difficoltà legate a irrequietezza, disattenzione, scarsa pianificazione e impulsività. Una percentuale rilevante di bambini con DDAI rimane relativamente compromessa in età adulta.

Nell'età prescolare, la principale manifestazione è l'iperattività. La disattenzione diventa più preminente durante la scuola elementare. Durante l'adolescenza, i segni di iperattività (per es., correre e arrampicarsi) sono meno comuni e possono essere limitati ad agitazione o a una sensazione interiore di nervosismo, irrequietezza o impazienza. Nell'età adulta, insieme alla disattenzione e all'irrequietezza, l'impulsività può rimanere problematica anche quando l'iperattività è diminuita.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Il DDAI è associato a ridotta inibizione comportamentale, difficoltà di autocontrollo o di autocontenimento; a emotività negativa e/o a elevata ricerca di novità. Quasti tratti possono predisporre alcuni bambini al DDAI ma non sono specifici del disturbo.

Fattori ambientali. Un peso alla nascita molto basso (inferiore a 1500 grammi) rappresenta un rischio raddoppiato o triplicato di sviluppare DDAI, ma la maggior parte dei bambini con un peso alla nascita basso non sviluppa DDAI. Anche se il DDAI è correlato con il fumo in gravidanza, una parte di questa associazione riflette un rischio genetico comune. Una minoranza di casi di DDAI può essere correlata con reazioni ad aspetti della dieta. Può essere presente una storia di abuso durante l'infanzia, trascuratezza, adozioni multiple, esposizione a neurotossine (per es., piombo), infezioni (per es., encefaliti), o esposizione all'alcol durante il periodo intrauterino. L'esposizione a fattori ambientali tossici è stata correlata con conseguente sviluppo di DDAI, ma non è noto se queste associazioni siano legate da un rapporto di causalità.

Fattori genetici e fisiologici. L'incidenza di DDAI è elevata nei parenti biologici di primo grado di individui con DDAI. L'ereditarietà del DDAI è consistente. Anche se sono stati correlati con il DDAI alcuni specifici geni, questi non rappresentano fattori causali sufficienti né necessari. Compromissioni visive e uditive, anomalie metaboliche, disturbi del sonno, carenze nutrizionali ed epilessia dovrebbero essere considerati come possibili fattori che influenzano i sintomi di DDAI.

Il DDAI non è associato a specifiche caratteristiche fisiche, anche se i tassi di anomalie fisiche minori (per es., ipertelorismo, palato ogivale, orecchie a bassa attaccatura) possono essere relativamente elevati. Possono verificarsi lievi ritardi motori e altri segni neurologici lievi. (Si noti che la goffaggine marcata e i ritardi motori concomitanti devono essere codificati separatamente [per es., disturbo dello sviluppo della coordinazione].)

Modificatori del decorso. I pattern di interazione familiare nella prima infanzia non rappresentano un rischio di causare DDAI ma possono influenzarne il decorso o contribuire allo sviluppo secondario di problemi della condotta.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Le differenze nella prevalenza del DDAI tra le varie aree geografiche sembra attribuibile soprattutto alle diverse diagnosi e pratiche metodologiche. Tuttavia, possono anche essere presenti variazioni culturali degli atteggiamenti o delle interpretazioni dei comportamenti dei bambini. I tassi di identificazione clinica negli Stati Uniti tendono a essere più bassi nelle popolazioni afroamericane e latinoamericane rispetto alle popolazioni caucasiche. La valutazione dei sintomi da parte di un informatore può essere influenzata dal gruppo culturale sia del bambino sia dell'informatore stesso, a suggerire come nell'inquadramento diagnostico del DDAI siano importanti pratiche culturalmente appropriate.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Tra la popolazione generale il DDAI è più frequente nei maschi che nelle femmine, con un rapporto approssimativamente di 2:1 nei bambini e di 1,6:1 negli adulti. Le femmine tendono più dei maschi a manifestare primariamente caratteristiche di disattenzione.

Conseguenze funzionali del disturbo da deficit di attenzione/iperattività

Il DDAI è associato a prestazioni e risultati scolastici ridotti, a rifiuto sociale e, negli adulti, a prestazioni lavorative scarse, traguardi e partecipazione inadeguati, e a maggiore probabilità di disoccupazione, così come a elevata conflittualità interpersonale. I bambini con DDAI sono significativamente più portati dei coetanei senza DDAI a sviluppare un disturbo della condotta nell'adolescenza e un disturbo antisociale di personalità in età adulta, di conseguenza aumentano le probabilità di sviluppare disturbi da uso di sostanze e le probabilità di andare in carcere. Il rischio di conseguenti disturbi da uso di sostanze è elevato, specialmente quando sono presenti un disturbo della condotta o un disturbo antisociale di personalità. Gli individui con DDAI hanno maggiori probabilità rispetto ai coetanei di ferirsi. Gli incidenti e le violazioni stradali sono più frequenti negli automobilisti con DDAI. Tra gli individui con DDAI può essere presente un'elevata probabilità di obesità.

L'applicarsi in modo inadeguato o mutevole nei compiti che richiedono uno sforzo sostenuto è spesso interpretato dagli altri come pigrizia, irresponsabilità o mancanza di collaborazione. I rapporti familiari possono essere caratterizzati da discordie e interazioni negative. Le relazioni con i coetanei sono spesso alterate dal rifiuto di questi ultimi, dalla loro trascuratezza o dalla presa in giro dell'individuo con DDAI. In media, gli individui con DDAI raggiungono una minore scolarità, hanno un più scarso successo professionale e hanno punteggi intellettivi inferiori ai coetanei, anche se vi è grande variabilità. Nella sua forma grave, il disturbo è notevolmente invalidante, poiché influenza l'adattamento sociale, familiare e scolastico/lavorativo.

I deficit scolastici, i problemi correlati con la scuola e l'essere trascurati dai coetanei tendono a essere maggiormente associati a elevati sintomi di disattenzione, mentre il rifiuto da parte dei coetanei e, in misura minore, le lesioni accidentali, sono caratteristiche più significative associate a sintomi marcati di iperattività o impulsività.

Diagnosi differenziale

Disturbo oppositivo provocatorio. Gli individui con disturbo oppositivo provocatorio possono opporsi a compiti scolastici o lavorativi che richiedono applicazione in quanto si oppongono al soddisfacimento delle richieste degli altri. Il loro comportamento è caratterizzato da negatività, ostilità e provocatorietà. Questi sintomi devono essere differenziati dall'avversione per la scuola o per i compiti mentalmente impegnativi dovuta alla difficoltà di sostenere lo sforzo mentale, al dimenticare le istruzioni e all'impulsività presenti negli individui con DDAI. La diagnosi differenziale viene complicata dal fatto che alcuni individui con DDAI possono sviluppare atteggiamenti oppositivi secondari verso tali compiti e possono svalutare la loro importanza.

Disturbo esplosivo intermittente. Il DDAI e il disturbo esplosivo intermittente condividono alti livelli di comportamento impulsivo. Tuttavia, gli individui con disturbo esplosivo intermittente mostrano seri episodi di aggressione degli altri, che non sono caratteristici del DDAI, e non fanno esperienza di problemi legati all'attenzione come

osservato nel DDAI. Inoltre, il disturbo esplosivo intermittente è raro nell'infanzia. Il disturbo esplosivo intermittente può essere diagnosticato in presenza di DDAI.

Altri disturbi del neurosviluppo. L'aumento dell'attività motoria che si può presentare nel DDAI deve essere distinto dal comportamento motorio ripetitivo che caratterizza il disturbo da movimento stereotipato e alcuni casi di disturbo dello spettro dell'autismo. Nel disturbo da movimento stereotipato, il comportamento motorio è in genere fisso e ripetitivo (per es., dondolare il corpo, mordersi), mentre l'agitazione e l'irrequietezza nel DDAI sono tipicamente generalizzate e non sono caratterizzate da movimenti ripetitivi stereotipati. Nel disturbo di Tourette, i tic multipli e frequenti possono erroneamente essere considerati come agitazione del DDAI. Possono essere necessarie osservazioni prolungate per differenziare l'agitazione dagli episodi di tic multipli.

Disturbo specifico dell'apprendimento. I bambini con disturbo specifico dell'apprendimento possono sembrare disattenti a causa della frustrazione, della mancanza di interesse o delle abilità limitate. Tuttavia, la disattenzione negli individui con disturbo specifico dell'apprendimento che non hanno il DDAI non è invalidante al di fuori del lavoro scolastico.

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo). I sintomi del DDAI sono comuni tra bambini inseriti in contesti scolastici inappropriati per le loro abilità intellettive. In questi casi, i sintomi non sono evidenti durante i compiti non scolastici. La diagnosi di DDAI in presenza di disabilità intellettiva richiede che la disattenzione o l'iperattività sia eccessiva per l'età mentale.

Disturbo dello spettro dell'autismo. Gli individui con DDAI e quelli con disturbo dello spettro dell'autismo presentano disattenzione, disfunzione sociale e difficoltà a gestire il comportamento. La disfunzione sociale e il rifiuto dei coetanei osservati negli individui con DDAI devono essere distinti dal disimpegno sociale, dall'isolamento e dall'indifferenza verso i segnali comunicativi del viso e della voce osservati in individui con disturbo dello spettro dell'autismo. I bambini con disturbo dello spettro dell'autismo potrebbero fare capricci per l'incapacità di tollerare un cambiamento nel corso degli eventi da loro atteso, mentre i bambini con DDAI possono comportarsi male o fare capricci durante un cambiamento importante a causa dell'impulsività o dello scarso autocontrollo.

Disturbo reattivo dell'attaccamento. I bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento possono mostrare disinibizione sociale, ma non il cluster completo di sintomi del DDAI, e possono mostrare altre caratteristiche, quali mancanza di relazioni durature, che non sono tipiche del DDAI.

Disturbi d'ansia. Il DDAI condivide i sintomi di disattenzione con i disturbi d'ansia. Gli individui con DDAI sono disattenti a causa della loro attrazione per gli stimoli esterni, per nuove attività, o a causa del loro pensiero rivolto ad attività divertenti. Ciò è distinto dalla disattenzione dovuta a preoccupazioni e ruminazioni osservata nei disturbi d'ansia. Nei disturbi d'ansia potrebbe essere osservata irrequietezza. Tuttavia, nel DDAI i sintomi non sono associati a preoccupazione e a ruminazione.

Disturbi depressivi. Gli individui con disturbi depressivi possono manifestare incapacità di concentrarsi. Tuttavia, la scarsa concentrazione nei disturbi dell'umore diventa preminente solo durante un episodio depressivo.

Disturbo bipolare. Gli individui con disturbo bipolare possono presentare aumento dell'attività, scarsa concentrazione e aumento dell'impulsività, ma queste caratteristiche sono episodiche, si verificano per diversi giorni ma solo nel corso dell'episodio. Nel disturbo bipolare, l'aumento dell'impulsività o della disattenzione è accompagnato da umore elevato, grandiosità e altre specifiche caratteristiche bipolari. I bambini con DDAI possono mostrare cambiamenti significativi nell'umore durante la stessa giornata; tale labilità è distinta da un episodio maniacale, che deve durare 4 o più giorni per essere un indicatore clinico del disturbo bipolare, anche nei bambini. Il disturbo bipolare è raro nella preadolescenza, anche quando sono prominenti irritabilità grave e rabbia, mentre il DDAI è comune tra i bambini e tra gli adolescenti che mostrano rabbia e irritabilità eccessive.

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è caratterizzato da irritabilità pervasiva e intolleranza alla frustrazione, ma impulsività e attenzione disorganizzata non sono caratteristiche essenziali. Tuttavia, molti bambini e adolescenti con il disturbo hanno sintomi che soddisfano anche i criteri per il DDAI, che viene diagnosticato separatamente.

Disturbi da uso di sostanze. Differenziare il DDAI dai disturbi da uso di sostanze può essere problematico se la prima manifestazione sintomatologica del DDAI segue l'esordio dell'abuso o dell'uso frequente. Per la diagnosi differenziale possono essere essenziali le chiare evidenze di DDAI anteriori all'abuso di sostanze ottenute da informatori o da documentazione precedente.

Disturbi di personalità. Negli adolescenti e negli adulti può essere difficile distinguere il DDAI dal disturbo borderline, narcisistico o altri disturbi di personalità. Tutti questi disturbi tendono a condividere le caratteristiche di disorganizzazione, di invadenza sociale, di disregolazione delle emozioni e di disregolazione cognitiva. Tuttavia, il DDAI non è caratterizzato da timore dell'abbandono, autolesionismo, ambivalenza estrema o da altre caratteristiche del disturbo di personalità. Al fine di porre la diagnosi differenziale possono essere richiesti un'osservazione clinica estesa, colloqui con l'informatore o un'anamnesi dettagliata per distinguere un comportamento impulsivo, socialmente invadente o inappropriato da un comportamento narcisistico, aggressivo o prepotente.

Disturbi psicotici. Il DDAI non viene diagnosticato se i sintomi di disattenzione e di iperattività si presentano esclusivamente durante il decorso di un disturbo psicotico.

Sintomi di DDAI indotti da farmaci. I sintomi di disattenzione, iperattività o impulsività attribuibili all'uso di farmaci (per es., broncodilatatori, isoniazide, neurolettici [che provocano acatisia], farmaci sostitutivi della funzione tiroidea) vengono diagnosticati come disturbi correlati ad altre (o sconosciute) sostanze con altra specificazione o senza specificazione.

Disturbi neurocognitivi. Il disturbo neurocognitivo maggiore precoce (demenza) e/o il disturbo neurocognitivo lieve non sono noti per essere associati a DDAI ma possono presentarsi con caratteristiche cliniche simili. Queste condizioni si distinguono dal DDAI per il loro esordio tardivo.

Comorbilità

Nei contesti clinici, tra gli individui i cui sintomi soddisfano i criteri per il DDAI sono frequenti disturbi in comorbilità. Nella popolazione generale, il disturbo oppositivo provocatorio si presenta in concomitanza con il DDAI in circa la metà dei bambini che presenta una manifestazione combinata e in circa un quarto che presenta una manifestazione con disattenzione predominante. Un disturbo della condotta può verificarsi

in concomitanza con il DDAI in circa un quarto dei bambini o degli adolescenti che presentano una manifestazione combinata, a seconda dell'età e del contesto. La maggior parte dei bambini e degli adolescenti con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente presenta sintomi che soddisfano anche i criteri per il DDAI; una percentuale minore di bambini con DDAI presenta sintomi che soddisfano i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Il disturbo specifico dell'apprendimento si manifesta comunemente in concomitanza con il DDAI. I disturbi d'ansia e il disturbo depressivo maggiore si manifestano in una minoranza di individui con DDAI ma più spesso che nella popolazione generale. Il disturbo esplosivo intermittente si manifesta in una minoranza di adulti con DDAI ma con maggiore frequenza rispetto alla popolazione generale. Sebbene i disturbi da uso di sostanze siano relativamente più frequenti tra gli adulti con DDAI nella popolazione generale, tali disturbi sono presenti solo in una minoranza di adulti con DDAI. Negli adulti, il disturbo antisociale e altri disturbi di personalità possono manifestarsi in concomitanza con il DDAI. Altri disturbi che possono manifestarsi in concomitanza con il DDAI comprendono il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi da tic e il disturbo dello spettro dell'autismo.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altra specificazione 314.01 (F90.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo da deficit di attenzione/iperattività, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del neurosviluppo. La categoria disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività o per nessuno specifico disturbo del neurosviluppo. Questo viene fatto registrando "disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "con sintomi di disattenzione insufficienti").

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività senza specificazione 314.01 (F90.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo da deficit di attenzione/iperattività, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del neurosviluppo. La categoria disturbo da deficit di attenzione/iperattività senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività o per uno specifico disturbo del neurosviluppo non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbo specifico dell'apprendimento

Disturbo specifico dell'apprendimento

Criteri diagnostici

A. Difficoltà di apprendimento e nell'uso di abilità scolastiche, come indicato dalla presenza di almeno uno dei seguenti sintomi che sono persistiti per almeno 6 mesi, nonostante la messa a disposizione di interventi mirati su tali difficoltà:

1. Lettura delle parole imprecisa o lenta e faticosa (per es., legge singole parole ad alta voce in modo errato o lentamente e con esitazione, spesso tira a indovinare le parole, pronuncia con difficoltà le parole).
2. Difficoltà nella comprensione del significato di ciò che viene letto (per es., può leggere i testi in maniera adeguata ma non comprende le sequenze, le relazioni, le inferenze o i significati più profondi di ciò che viene letto).
3. Difficoltà nello spelling (per es., può aggiungere, omettere o sostituire vocali o consonanti).
4. Difficoltà con l'espressione scritta (per es., fa molteplici errori grammaticali o di punteggiatura all'interno delle frasi; usa una scarsa organizzazione dei paragrafi; l'espressione scritta delle idee manca di chiarezza).
5. Difficoltà nel padroneggiare il concetto di numero, i dati numerici o il calcolo (per es., ha una scarsa comprensione dei numeri, della loro dimensione e delle relazioni; conta sulle dita per aggiungere numeri a una singola cifra, piuttosto che ricordare i fatti matematici come fanno i coetanei; si perde all'interno di calcoli aritmetici e può cambiare procedure).
6. Difficoltà nel ragionamento matematico (per es., ha gravi difficoltà ad applicare concetti matematici, dati o procedure per risolvere problemi quantitativi).

B. Le abilità scolastiche colpite sono notevolmente e quantificabilmente al di sotto di quelle attese per l'età cronologica dell'individuo, e causano significativa interferenza con il rendimento scolastico o lavorativo, o con le attività della vita quotidiana, come confermato da misurazioni standardizzate somministrate individualmente dei risultati raggiunti e da valutazioni cliniche complete. Per gli individui di 17 anni e oltre di età, un'anamnesi documentata delle difficoltà di apprendimento invalidanti può sostituire l'inquadramento clinico standardizzato.

C. Le difficoltà di apprendimento iniziano durante gli anni scolastici ma possono non manifestarsi pienamente fino a che la richiesta rispetto a queste capacità scolastiche colpite supera le limitate capacità dell'individuo (per es., come nelle prove a tempo, nella lettura o scrittura di documenti complessi e lunghi in breve tempo, con carichi scolastici eccessivamente pesanti).

D. Le difficoltà di apprendimento non sono meglio giustificate da disabilità intellettive, acuità visiva o uditiva alterata, altri disturbi mentali o neurologici, avversità psicosociali, mancata conoscenza della lingua dell'istruzione scolastica o istruzione scolastica inadeguata.

Nota: I quattro criteri diagnostici devono essere soddisfatti sulla base di una sintesi clinica della storia dell'individuo (storia dello sviluppo, medica, familiare e educativa), delle pagelle scolastiche e della valutazione psicoeducativa.

Nota di codifica: Specificare tutti gli ambiti scolastici e le capacità che sono compromessi. Quando è compromesso più di un ambito, ciascuno di essi deve essere codificato singolarmente secondo i seguenti specificatori.

Specificare se:

315.00 (F81.0) Con compromissione della lettura:

Accuratezza nella lettura delle parole

Velocità o fluenza della lettura

Comprensione del testo

Nota: *Dislessia* è un termine alternativo utilizzato per riferirsi a un pattern di difficoltà di apprendimento caratterizzato da problemi con il riconoscimento accurato o fluente delle parole, con scarse abilità di decodifica e spelling. Se dislessia viene utilizzato per specificare questo particolare pattern di difficoltà, è importante specificare anche la presenza di qualsiasi difficoltà aggiuntiva, come difficoltà nella comprensione della lettura o nel ragionamento matematico.

315.2 (F81.81) Con compromissione dell'espressione scritta:

Accuratezza nello spelling

Accuratezza nella grammatica e nella punteggiatura

Chiarezza/organizzazione dell'espressione scritta

315.1 (F81.2) Con compromissione del calcolo:

Concetto di numero

Memorizzazione di fatti aritmetici

Calcolo accurato o fluente

Ragionamento matematico corretto

Nota: *Discalculia* è un termine alternativo utilizzato per riferirsi a un pattern di difficoltà caratterizzato da problemi nell'elaborare informazioni numeriche, imparare formule aritmetiche ed eseguire i calcoli in maniera accurata o fluente. Se discalculia viene utilizzato per specificare questo particolare pattern di difficoltà matematiche, è importante specificare anche la presenza di qualsiasi difficoltà aggiuntiva, come difficoltà nel ragionamento matematico o nella precisione del ragionamento a parole.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Alcune difficoltà nelle capacità di apprendimento in uno o due ambiti scolastici, ma di gravità sufficientemente lieve da rendere l'individuo in grado di compensare o di funzionare bene se fornito di facilitazioni e servizi di sostegno appropriati, in particolare durante gli anni scolastici.

Moderata: Marcate difficoltà nelle capacità di apprendimento in uno o due ambiti scolastici, tali che l'individuo difficilmente può sviluppare competenze senza momenti di insegnamento intensivo e specializzato durante gli anni scolastici. Per completare le attività con precisione ed efficienza possono essere necessari facilitazioni e servizi di sostegno almeno in una parte della giornata a scuola, sul posto di lavoro o a casa.

Grave: Gravi difficoltà nelle capacità di apprendimento, che coinvolgono diversi ambiti scolastici, tali che l'individuo difficilmente apprende tali abilità senza un insegnamento continuativo, intensivo, personalizzato e specializzato per la maggior parte degli anni scolastici. Anche con una gamma di facilitazioni o servizi appropriati a casa, a scuola o sul posto di lavoro, l'individuo può non essere in grado di completare tutte le attività in modo efficiente.

Procedure di registrazione

Ciascun ambito scolastico compromesso e ciascuna capacità del disturbo specifico dell'apprendimento dovrebbero essere registrati. A causa delle richieste di codifica dell'ICD, compromissioni della lettura, dell'espressione scritta e compromissioni del calcolo, con le loro corrispondenti compromissioni delle sottoabilità, devono essere codificate separatamente. Per esempio, le compromissioni della lettura e del calcolo e le compromissioni delle sottoabilità della velocità e della fluenza della lettura, della comprensione del testo, del calcolo accurato o fluente e del ragionamento matematico corretto dovrebbero essere codificati e registrati come 315.00 (F81.0) disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione della lettura, con compromissioni della velocità o della fluenza della lettura e con compromissioni della comprensione del testo; 315.1 (F81.2) disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione del calcolo, compromissione del calcolo accurato o fluente e del ragionamento matematico corretto.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo specifico dell'apprendimento è un disturbo del neurosviluppo con un'origine biologica che è alla base delle anomalie a livello cognitivo che sono associate ai sintomi comportamentali del disturbo. L'origine biologica comprende un'interazione di fattori genetici, epigenetici e ambientali, che colpiscono le capacità cerebrali di percepire o processare informazioni verbali o non verbali in modo efficiente e preciso.

Una caratteristica essenziale del disturbo specifico dell'apprendimento è la persistente difficoltà di apprendimento delle abilità scolastiche chiave (Criterio A), con esordio durante gli anni scolastici (cioè il periodo dello sviluppo). Le abilità scolastiche chiave comprendono la lettura di singole parole in modo preciso e fluente, la comprensione della lettura, espressioni scritte e spelling, calcolo aritmetico e ragionamento matematico (risoluzione di problemi matematici). Diversamente dal parlare o dal camminare, che sono tappe dello sviluppo acquisite che emergono con la maturazione cerebrale, le abilità scolastiche (per es., leggere, spelling, scrivere, calcolo) devono essere insegnate e apprese in modo esplicito. Il disturbo specifico dell'apprendimento altera il normale pattern di apprendimento delle abilità scolastiche; non è semplicemente una conseguenza della mancanza di opportunità di apprendimento o di istruzione inadeguata. Le difficoltà che influenzano queste abilità scolastiche chiave possono anche ostacolare l'apprendimento di altre materie scolastiche (per es., storia, scienze, educazione civica), ma questi problemi sono attribuibili alle difficoltà di apprendimento delle abilità scolastiche sottostanti. Le difficoltà nell'imparare a mettere in connessione le lettere con i suoni della propria lingua – di leggere parole scritte (spesso chiamata *dislessia*) – sono le manifestazioni più comuni del disturbo specifico dell'apprendimento. Le difficoltà di apprendimento si manifestano con un range di comportamenti o sintomi osservabili, descrittivi (come elencato nei Criteri A1-A6). Questi sintomi clinici possono essere osservati, indagati tramite il colloquio clinico o verificati da pagelle scolastiche, scale di valutazione o descrizioni di precedenti valutazioni educative o psicologiche. Le difficoltà di apprendimento sono persistenti, non transitorie. Nei bambini e negli adolescenti, la *persistenza* è definita come un ristretto progresso nell'apprendimento (per es., nessuna evidenza che l'individuo sia al passo con i compagni di classe) per almeno 6 mesi nonostante la messa a disposizione di aiuti extra a casa e a scuola. Per esempio, difficoltà nell'imparare a leggere parole singole, che non si risolvono completamente o rapidamente quando vengono fornite istruzioni circa abilità fonologiche o strategie di identificazione delle parole, possono indicare un disturbo specifico dell'apprendimento. Le evidenze di difficoltà nell'apprendimento persistenti possono derivare da pagelle scolastiche cumulative, documentazione di valutazione delle attività del bambino, valutazioni basate sul curriculum o colloqui clinici. Negli adulti, una difficoltà persistente si riferisce a difficoltà continuative nel leggere e

nello scrivere o nelle abilità di calcolo manifestate durante l'infanzia o l'adolescenza, come indicato dall'evidenza delle pagelle scolastiche cumulative, documentazione delle attività valutate o precedenti valutazioni.

Una seconda caratteristica chiave è rappresentata da prestazioni dell'individuo nelle abilità scolastiche colpite ben al di sotto della media per l'età (Criterio B). Un robusto indicatore clinico delle difficoltà nelle abilità di apprendimento scolastico è un rendimento scolastico basso per l'età o un rendimento medio che è sostenibile solo attraverso livelli straordinariamente elevati di sforzo o di sostegno. Nei bambini, le scarse abilità scolastiche causano importanti interferenze nelle prestazioni scolastiche (come indicato dalle pagelle scolastiche e dalle votazioni o valutazioni degli insegnanti). Un altro indicatore clinico, soprattutto negli aduti, è l'evitamento di attività che richiedono abilità scolastiche. Anche nell'età adulta, le scarse abilità scolastiche interferiscono con le prestazioni lavorative o con le attività quotidiane che le richiedono (come indicato dagli individui stessi o riferito da altri). Tuttavia, questo criterio richiede anche evidenze psicometriche derivanti da test di rendimento somministrati individualmente, psicometricamente solidi e culturalmente appropriati, che siano riferiti a una normativa o a un criterio. Le abilità scolastiche sono distribuite lungo un continuum, quindi non vi è un livello di soglia naturale che può essere utilizzato per differenziare individui con e senza disturbo specifico dell'apprendimento. Pertanto, qualsiasi soglia utilizzata per specificare che cosa costituisce un basso rendimento scolastico (per es., abilità scolastiche ben al di sotto dell'aspettativa in base all'età) è in larga misura arbitraria. Per una maggiore certezza diagnostica sono necessari bassi punteggi di rendimento in uno o più test o subtest nel campo delle prove scolastiche (cioè almeno una deviazione standard [DS] di 1,5 sotto la media della popolazione per età, che si traduce in un punteggio standard di 78 o meno, che è al di sotto del settimo percentile). Tuttavia, i valori precisi dei punteggi variano in relazione al tipo di test standardizzato utilizzato. Sulla base del giudizio clinico, può essere utilizzata una soglia meno rigida (per es., DS di 1,0-2,5 sotto la media della popolazione per età), quando le difficoltà di apprendimento sono supportate da evidenze derivanti dalla valutazione clinica, dalla storia scolastica, dalle pagelle scolastiche o da punteggi ai test. Inoltre, poiché i test standardizzati non sono disponibili in tutte le lingue, la diagnosi può essere in parte basata sul giudizio clinico sulle misurazioni dei test disponibili.

Una terza caratteristica fondamentale è che le difficoltà di apprendimento nella maggior parte degli individui sono subito evidenti nei primi anni di scuola (Criterio C). Tuttavia, in altri individui, le difficoltà di apprendimento possono non manifestarsi pienamente fino agli anni scolastici successivi, durante i quali la richiesta di apprendimento aumenta e supera le limitate capacità dell'individuo.

Un'altra caratteristica diagnostica chiave è che le difficoltà di apprendimento sono considerate "specifiche", per quattro ragioni. In primo luogo, non sono attribuibili a disabilità intellettive (disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo]); a ritardo globale dello sviluppo; a disturbi uditivi o visivi, oppure a disturbi neurologici o motori (Criterio D). Il disturbo specifico dell'apprendimento colpisce l'apprendimento in individui che altrimenti mostrano livelli normali di funzionamento intellettivo (in genere stimato attraverso punteggio QI maggiore di circa 70 [±5 punti di errore della misurazione sono permessi]). La frase "rendimento scolastico al di sotto delle aspettative" è spesso citata per definire le caratteristiche del disturbo specifico dell'apprendimento in quanto le disabilità specifiche dell'apprendimento non sono una parte di una difficoltà di apprendimento più generale, come manifestato nella disabilità intellettiva o nel ritardo globale dello sviluppo. Il disturbo specifico dell'apprendimento può presentarsi anche

in individui identificati come intellettualmente "dotati". Questi individui possono essere in grado di sostenere un funzionamento scolastico apparentemente adeguato utilizzando strategie compensatorie, sforzi straordinariamente elevati o forme di sostegno, fino a che le richieste di apprendimento o le procedure di valutazione (per es., test cronometrati) non pongono degli ostacoli alla dimostrazione del loro apprendimento o allo svolgimento dei compiti richiesti. In secondo luogo, la difficoltà di apprendimento non può essere attribuita a fattori esterni più generali, come lo svantaggio economico o ambientale, l'assenteismo cronico o la mancanza di un'istruzione simile a quella tipicamente fornita nella comunità di appartenenza dell'individuo. In terzo luogo, la difficoltà di apprendimento non può essere attribuita a disturbi neurologici (per es., ictus pediatrici) o motori o a disturbi visivi o uditivi, che sono spesso associati a problemi di apprendimento delle abilità scolastiche ma possono essere distinti grazie alla presenza di segni neurologici. Per ultimo, la difficoltà di apprendimento può essere limitata a una sola abilità o a un solo ambito scolastico (per es., leggere parole singole, ricordare o calcolare dati numerici).

È richiesta una valutazione approfondita. Il disturbo specifico dell'apprendimento può essere diagnosticato solo dopo l'inizio dell'istruzione formale ma può essere diagnosticato in un momento successivo in bambini, adolescenti o adulti, quando viene fornita l'evidenza dell'esordio del disturbo durante gli anni dell'istruzione formale (cioè nel periodo di sviluppo). Una sola fonte di dati non è sufficiente per la diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento. Al contrario, il disturbo specifico dell'apprendimento è una diagnosi clinica basata sulla sintesi della storia medica, dello sviluppo, educativa e familiare dell'individuo; della storia della difficoltà di apprendimento, comprese le loro manifestazioni passate e attuali; dell'impatto di tali difficoltà sul funzionamento scolastico, lavorativo e sociale; delle pagelle scolastiche passate o attuali; della documentazione delle attività che richiedono abilità scolastiche; delle valutazioni basate sul curriculum; e dei punteggi passati o attuali ottenuti nei test individuali standardizzati sul rendimento scolastico. Se vi è il sospetto di un disturbo intellettivo, sensoriale, neurologico o motorio, allora la valutazione clinica per il disturbo specifico dell'apprendimento dovrebbe comprendere anche procedure appropriate a questi disturbi. Pertanto, la valutazione complessiva coinvolgerà professionisti con esperienza nel disturbo specifico dell'apprendimento e nella valutazione psicologica/cognitiva. Dal momento che il disturbo specifico dell'apprendimento persiste tipicamente in età adulta, di rado si rende necessaria una rivalutazione, a meno che non sia indicata a causa di marcati cambiamenti nelle difficoltà di apprendimento (miglioramento o peggioramento) o di richieste per scopi specifici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Negli anni prescolastici il disturbo specifico dell'apprendimento è frequentemente ma non invariabilmente preceduto da ritardi nell'attenzione, nel linguaggio e nelle abilità motorie che possono persistere ed essere concomitanti con il disturbo specifico dell'apprendimento. È comune un profilo di abilità irregolari, come abilità sopra la media nel disegno, nella progettazione e in altre abilità visospaziali, ma lettura lenta, faticosa, imprecisa, e comprensione della lettura ed espressione scritta scarse. Gli individui con disturbo specifico dell'apprendimento tipicamente (ma non invariabilmente) mostrano scarse prestazioni ai test psicologici di elaborazione cognitiva. Tuttavia, non è chiaro se queste anomalie cognitive siano la causa, siano correlate o siano la conseguenza delle difficoltà di apprendimento. Nonostante l'associazione dei deficit cognitivi alle difficoltà nell'imparare a leggere le parole sia ben documentata, deficit cognitivi associati ad altre manifestazioni del disturbo specifico dell'apprendimento (per es., comprensione della lettura, calcolo aritmetico, espressione scritta) sono meno specificati o

sconosciuti. Inoltre, individui con sintomi comportamentali o punteggi nei test simili presentano una varietà di deficit cognitivi, e molti di questi deficit di elaborazione cognitiva si trovano anche in altri disturbi del neurosviluppo (per es., disturbo da deficit di attenzione/iperattività [DDAI], disturbo dello spettro dell'autismo, disturbi della comunicazione, disturbo dello sviluppo della coordinazione). Pertanto, la valutazione dei deficit cognitivi non è richiesta ai fini della valutazione diagnostica. Il disturbo specifico dell'apprendimento è associato a un aumento del rischio di ideazione suicidaria e di tentativi di suicidio nei bambini, negli adolescenti e negli adulti.

Non sono conosciuti marker biologici per il disturbo specifico dell'apprendimento. Come gruppo, gli individui con il disturbo mostrano alterazioni circoscritte nell'elaborazione cognitiva e nella struttura o funzionalità cerebrale. Le differenze genetiche sono evidenti anche a livello di gruppo. Tuttavia test cognitivi, neuroimaging o test genetici al momento non sono utili per la diagnosi.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo specifico dell'apprendimento tra gli ambiti scolastici di lettura, scrittura e calcolo è di 5-15% tra i bambini in età scolare trasversalmente a linguaggi e culture differenti. La prevalenza negli adulti è sconosciuta ma sembra essere approssimativamente del 4%.

Sviluppo e decorso

L'esordio, il riconoscimento e la diagnosi del disturbo specifico dell'apprendimento in genere si verificano durante gli anni della scuola elementare quando viene richiesto ai bambini di imparare a leggere, di imparare l'ortografia, la scrittura e la matematica. Tuttavia, sintomi precursori quali ritardi o deficit del linguaggio, difficoltà con le rime o con il conteggio, o difficoltà con le abilità motorie fini richieste per scrivere si verificano comunemente nella prima infanzia prima dell'inizio della scuola. Le manifestazioni possono essere comportamentali (per es., riluttanza nell'impegnarsi a imparare; comportamento oppositivo). Il disturbo specifico dell'apprendimento dura tutta la vita, ma il decorso e la manifestazione clinica sono variabili, poiché dipendono in parte dalle interazioni tra i compiti richiesti dal contesto ambientale, dalla varietà e dalla gravità delle difficoltà di apprendimento dell'individuo, dalle abilità di apprendimento dell'individuo, dalle comorbilità e dai sistemi di sostegno e di intervento disponibili. Ciò nonostante, problemi con la fluenza e la comprensione della lettura, con lo spelling, con l'espressione scritta e con le abilità matematiche nella vita quotidiana tipicamente persistono nell'età adulta.

I cambiamenti nella manifestazione dei sintomi si verificano con l'età, in modo che un individuo, durante il corso della vita, può presentare una gamma di difficoltà di apprendimento persistente o mutevole.

Esempi di sintomi che possono essere osservati tra i bambini in età prescolare comprendono una mancanza di interesse nel praticare giochi linguistici (per es., ripetizioni, rime), e i bambini possono avere problemi a imparare filastrocche. I bambini in età prescolare con disturbo specifico dell'apprendimento possono utilizzare frequentemente un linguaggio infantile, pronunciare male le parole, e hanno difficoltà a ricordare i nomi delle lettere, dei numeri o dei giorni della settimana. Possono non riconoscere le singole lettere che compongono il loro nome e avere difficoltà a imparare a contare. I bambini nell'età della scuola materna con disturbo specifico dell'apprendimento possono non essere in grado di riconoscere e scrivere le lettere, possono non essere capaci di scrivere il proprio nome, o possono utilizzare uno spelling inventato. Possono avere problemi nel suddividere le parole in sillabe (per es., "fiore" in "fio-re") e nel riconoscere parole che fanno rima (per es., colore, signore, amore). I bambini nell'età della scuola materna possono anche avere problemi nel collegare le lettere con i loro suoni (per es., la lettera b ha il suono /b/) e possono non essere capaci di riconoscere i fonemi (per es., non sapere riconoscere in un insieme di parole [per es., mela, cane, sole] quale parola inizia con lo stesso suono di "casa").

Il disturbo specifico dell'apprendimento nei bambini dell'età della scuola elementare tipicamente si manifesta con marcate difficoltà nell'apprendimento della corrispondenza lettera-suono (in particolare nei bambini che parlano inglese), della decodifica fluente delle parole, dello spelling o dei dati matematici; la lettura ad alta voce è lenta, imprecisa e stentata, e alcuni bambini fanno fatica a capire il valore quantitativo rappresentato da un numero pronunciato o scritto. I bambini delle prime classi (dalla prima alla terza) possono continuare ad avere problemi con il riconoscimento e l'utilizzo dei fonemi, non essere in grado di leggere parole comuni monosillabiche (come per o da), e non essere in grado di riconoscere parole comuni dalla pronuncia irregolare (per es., glicine). Possono commettere errori di lettura che indicano problemi nel collegare suoni e lettere e hanno difficoltà nel mettere in sequenza numeri e lettere. I bambini delle prime tre classi possono avere difficoltà anche nel ricordare dati numerici o le procedure dell'addizione, della sottrazione e così via, e possono lamentarsi di come la lettura o l'aritmetica siano materie difficili ed evitare di applicarsi. I bambini con disturbo specifico dell'apprendimento nelle classi quarta e quinta possono pronunciare in modo scorretto o saltare parti di parole lunghe, multisillabiche (per es., dicono "aminale" per "animale", "contibile" per "convertibile") e confondere tra loro parole con suoni simili (per es., "mani" con "nani"). Possono avere problemi nel ricordare dati, nomi e numeri telefonici e possono avere problemi nel completare in tempo i compiti a casa e i test. I bambini di quarta e quinta possono anche presentare una scarsa comprensione in assenza o in presenza di lettura lenta, faticosa e imprecisa, e possono avere problemi nel leggere piccole parole funzionali (per es., il, un, che, in). Possono fare molti errori di spelling e avere una scarsa produzione scritta. Possono leggere correttamente la prima parte di una parola e indovinarne il seguito in maniera arbitraria (per es., leggere "commesso" anziché "commercio"), e possono manifestare paura o rifiuto di leggere ad alta voce.

Al contrario, gli adolescenti possono aver imparato a gestire la decodifica delle parole, mentre la lettura rimane lenta e faticosa, e sono portati a mostrare problemi marcati nella comprensione della lettura e nell'espressione scritta (compresi gli errori di ortografia) e una scarsa padronanza dei fatti matematici o di soluzione dei problemi matematici. Durante l'adolescenza e nell'età adulta, gli individui con disturbo specifico dell'apprendimento possono continuare a fare numerosi errori di ortografia e a leggere lentamente e con molto sforzo singole parole e testi, con problemi nel pronunciare le parole multisillabiche. Possono aver bisogno di rileggere frequentemente il testo per comprenderlo o per capirne i punti principali e hanno problemi a fare inferenze a partire da un testo scritto. Gli adolescenti e gli adulti possono evitare le attività che richiedono la lettura o l'aritmetica (leggere per piacere, leggere le istruzioni). Gli adulti con disturbo specifico dell'apprendimento hanno continui problemi con l'ortografia, con la lettura lenta e faticosa, o hanno problemi nel fare inferenze importanti a partire da informazioni numeriche presenti in documenti scritti correlati al lavoro. Possono evitare attività sia di svago sia correlate al lavoro che richiedono la lettura o la scrittura o possono usare approcci alternativi per avere accesso alla stampa (per es., software di conversione testo-linguaggio/linguaggio-testo, audiolibri, mezzi audiovisivi).

Una manifestazione clinica alternativa sono le difficoltà di apprendimento circoscritte che persistono nel corso della vita, come per esempio l'incapacità di padroneggiare

il senso dei numeri (per es., saper riconoscere in una coppia di numeri o di punti qual è quello di dimensione maggiore), la scarsa capacità di identificare una parola o di scriverla correttamente. L'evitamento o la riluttanza a impegnarsi in attività che richiedono abilità scolastiche è comune nei bambini, negli adolescenti e negli adulti. Episodi di ansia grave o di disturbi d'ansia, compresi lamentele fisiche e attacchi di panico, sono comuni nel corso della vita e accompagnano le manifestazioni sia circoscritte sia estese delle difficoltà di apprendimento.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Nascita prematura o peso molto basso alla nascita aumentano il rischio di disturbo specifico dell'apprendimento, così come l'esposizione prenatale alla nicotina.

Fattori genetici e fisiologici. Il disturbo specifico dell'apprendimento appare aggregarsi nelle famiglie, soprattutto quando sono colpiti lettura, calcolo e spelling. Il rischio relativo di disturbo specifico dell'apprendimento della lettura o della matematica è notevolmente più alto (cioè, rispettivamente, 4-8 volte e 5-10 volte più alto) nei parenti di primo grado di individui con queste difficoltà di apprendimento rispetto a parenti di primo grado di individui senza. Una familiarità di difficoltà di lettura (dislessia) e di alfabetizzazione dei genitori è un fattore predittivo di problemi di alfabetizzazione o di disturbo specifico dell'apprendimento nei figli, a indicare il ruolo combinato di fattori genetici e ambientali.

È presente un'alta ereditarietà sia della capacità sia della incapacità di lettura di lingue alfabetiche e non, compresa un'alta ereditarietà della maggior parte delle manifestazioni di capacità e incapacità di apprendimento (per es., valori di stima dell'ereditarietà maggiori di 0,6). La covariazione tra le varie manifestazioni delle difficoltà di apprendimento è alta, a suggerire che i geni correlati con una manifestazione sono altamente correlati con quelli di un'altra manifestazione.

Modificatori del decorso. Problemi marcati legati a comportamento disattento in età prescolare sono predittivi delle successive difficoltà nella lettura e nella matematica (ma non necessariamente di disturbo specifico dell'apprendimento) e della mancata risposta a efficaci interventi scolastici. Ritardi o disturbi dell'eloquio o del linguaggio, o elaborazione cognitiva compromessa (per es., consapevolezza fonologica, memoria di lavoro, denominazione rapida seriale) in età prescolare, sono fattori predittivi di un successivo disturbo specifico dell'apprendimento nella lettura e nell'espressione scritta. La comorbilità con il DDAI è predittiva di esiti sulla salute mentale peggiori rispetto al disturbo specifico dell'apprendimento senza DDAI. Un'istruzione sistematica, intensiva, personalizzata, con l'utilizzo di interventi basati sulle evidenze, può mitigare o migliorare le difficoltà di apprendimento in alcuni individui o promuovere l'uso di strategie di compensazione in altri, attenuando così gli esiti altrimenti scarsi.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il disturbo specifico dell'apprendimento si presenta trasversalmente a lingue, culture, razze e condizioni socioeconomiche diverse, ma la sua manifestazione può variare secondo la natura dei sistemi simbolici parlati e scritti e secondo le pratiche culturali e educative. Per esempio, i requisiti di elaborazione cognitiva per scrivere e operare con i numeri variano molto tra diverse lingue. Nella lingua inglese, il sintomo clinico osservabile distintivo delle difficoltà nell'imparare a leggere è una lettura imprecisa e lenta delle singole parole; in altre lingue alfabetiche che hanno una relazione più diretta tra suoni e lettere (per es., spagnolo, tedesco) e nelle lingue non alfabetiche (per es., cinese, giapponese), la caratteristica distintiva è la lettura lenta ma precisa. Per chi studia la lingua inglese, la valutazione clinica dovrebbe distinguere se l'origine delle difficoltà di lettura è una conoscenza limitata dell'inglese o un disturbo specifico dell'apprendimento. I fattori di rischio per il disturbo specifico dell'apprendimento in chi studia la lingua inglese comprendono una familiarità di disturbo specifico dell'apprendimento o un ritardo di linguaggio nella lingua madre, come anche difficoltà di apprendimento dell'inglese e incapacità di stare al passo con i coetanei. Se c'è il sospetto di differenze culturali o linguistiche (per es., come nel caso di uno studente della lingua inglese), la valutazione clinica ha bisogno di tenere in considerazione le conoscenze linguistiche dell'individuo nella sua prima lingua o lingua madre così come nella seconda lingua (in questo esempio, l'inglese). Inoltre, la valutazione deve considerare il contesto linguistico e culturale in cui l'individuo vive, così come la sua storia educativa e di apprendimento nella cultura e nella lingua di origine.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il disturbo specifico dell'apprendimento è più comune nei maschi che nelle femmine (rapporto tra 2:1 e 3:1) e non può essere attribuito a fattori quali differenze di accertamento degli errori, variazione di definizioni o misure, lingua, razza o status socioeconomico.

Conseguenze funzionali del disturbo specifico dell'apprendimento

Il disturbo specifico dell'apprendimento può avere conseguenze funzionali negative nel corso della vita, compresi il raggiungimento di un livello scolastico inferiore, tassi più alti di abbandono scolastico, tassi più bassi di istruzione post-secondaria, alti livelli di disagio psicologico e salute mentale peggiore, più alti tassi di disoccupazione e sotto-occupazione e redditi più bassi. L'abbandono scolastico e sintomi depressivi concomitanti aumentano il rischio di esiti peggiori per la salute mentale, compresa la suicidalità, mentre alti livelli di supporto sociale o emotivo sono fattori predittivi di esiti migliori per la salute mentale.

Diagnosi differenziale

Normali variazioni dei risultati scolastici. Il disturbo specifico dell'apprendimento è distinto dalle normali variazioni dei risultati scolastici dovute a fattori esterni (per es., mancanza di opportunità educative, istruzione fortemente inadeguata, apprendimento in una seconda lingua), in quanto le difficoltà di apprendimento persistono in presenza di opportunità educative adeguate e di esposizione allo stesso tipo di istruzione ricevuto dal gruppo dei coetanei, e di conoscenza della lingua utilizzata nell'istruzione, anche quando non si tratta della propria lingua parlata primaria.

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo). Il disturbo specifico dell'apprendimento si distingue dalle generali difficoltà di apprendimento associate alla disabilità intellettiva, perché le difficoltà di apprendimento si manifestano in presenza di livelli normali di funzionamento intellettivo (cioè punteggi QI di almeno 70 ± 5). Se è presente disabilità intellettiva, il disturbo specifico dell'apprendimento può essere diagnosticato solo quando le difficoltà di apprendimento superano quelle normalmente associate a disabilità intellettiva.

Difficoltà di apprendimento dovute a disturbi neurologici o sensoriali. Il disturbo specifico dell'apprendimento si distingue dalle difficoltà di apprendimento dovute a

disturbi neurologici o sensoriali (per es., ictus pediatrico, danno cerebrale da trauma, compromissione uditiva, deficit visivo), perché in questi casi sono presenti risultati anomali all'esame neurologico.

Disturbi neurocognitivi. Il disturbo specifico dell'apprendimento si distingue dai problemi di apprendimento associati a disturbi cognitivi neurodegenerativi perché nel disturbo specifico dell'apprendimento la manifestazione clinica delle difficoltà specifiche di apprendimento si presenta durante il periodo dello sviluppo, e le difficoltà non si manifestano con il marcato declino da uno stato precedente.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Il disturbo specifico dell'apprendimento si distingue dalle scarse prestazioni scolastiche associate a DDAI perché in quest'ultima condizione i problemi potrebbero non riflettere necessariamente specifiche difficoltà nell'apprendimento di abilità scolastiche, ma piuttosto possono riflettere le difficoltà nel mettere in atto tali abilità. Tuttavia, la concomitanza di disturbo specifico dell'apprendimento e DDAI è più frequente rispetto a quanto atteso in base al caso. Se sono soddisfatti i criteri per entrambi i disturbi, entrambe le diagnosi possono essere poste.

Disturbi psicotici. Il disturbo specifico dell'apprendimento si distingue dalle difficoltà scolastiche e di elaborazione cognitiva associate a schizofrenia o a psicosi, perché in questi disturbi è presente un declino (spesso rapido) di questi ambiti funzionali.

Comorbilità

Il disturbo specifico dell'apprendimento si presenta comunemente in concomitanza a disturbi del neurosviluppo (per es., DDAI, disturbi della comunicazione, disturbo dello sviluppo della coordinazione, disturbo dello spettro dell'autismo) o ad altri disturbi mentali (per es., disturbi d'ansia, depressivo e bipolare). Queste comorbilità non escludono necessariamente la diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento ma possono rendere più complesse la somministrazione di test e la diagnosi differenziale, perché ognuno dei disturbi concomitanti interferisce in modo indipendente con lo svolgimento delle attività della vita quotidiana, compreso l'apprendimento. Pertanto, è richiesto il giudizio clinico per attribuire tali compromissioni a difficoltà di apprendimento. Se è presente un'indicazione secondo cui le difficoltà di apprendimento delle abilità scolastiche descritte nel Criterio A potrebbero essere spiegate da un'altra diagnosi, il disturbo specifico dell'apprendimento non dovrebbe essere diagnosticato.

Disturbi del movimento

Disturbo dello sviluppo della coordinazione 315.4 (F82)

Criteri diagnostici

A. L'acquisizione e l'esecuzione delle abilità motorie coordinate risultano notevolmente inferiori rispetto a quanto atteso considerate l'età cronologica dell'individuo e l'opportunità che l'individuo ha avuto di apprendere e utilizzare tali abilità. Le difficoltà si manifestano con goffaggine (per es., cadere o sbattere contro oggetti) così come con lentezza e imprecisione nello svolgimento delle attività motorie (per es., afferrare un oggetto, usare forbici o posate, scrivere a mano, guidare la bicicletta o partecipare ad attività sportive).

B. Il deficit delle abilità motorie indicato nel Criterio A interferisce in modo significativo e persistente con le attività della vita quotidiana adeguate all'età cronologica (per es., nella cura e nel mantenimento di sé) e ha un impatto sulla produttività scolastica, sulle attività pre-professionali e professionali, sul tempo libero e il gioco.

C. L'esordio dei sintomi avviene nel primo periodo dello sviluppo.

D. I deficit delle abilità motorie non sono meglio spiegati da disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) o da deficit visivo e non sono attribuibili a una condizione neurologica che influenza il movimento (per es., paralisi cerebrale, distrofia muscolare, disturbo degenerativo).

Caratteristiche diagnostiche

La diagnosi di disturbo dello sviluppo della coordinazione viene posta attraverso una sintesi clinica della storia personale (dello sviluppo e medica), dell'esame obiettivo, da pagelle scolastiche o da documentazione proveniente dal posto di lavoro e dalla valutazione individuale effettuata mediante l'uso di test psicometrici validi, standardizzati e culturalmente appropriati. La manifestazione della compromissione delle abilità che richiedono coordinazione motoria (Criterio A) varia a seconda dell'età. I bambini piccoli possono presentare un ritardo nel raggiungimento delle tappe motorie fondamentali (per es., sedersi, gattonare, camminare), sebbene molti raggiungano le tappe motorie adeguate. Essi possono inoltre sviluppare in ritardo alcune abilità quali salire le scale, pedalare, abbottonarsi le camicia, assemblare puzzle e chiudere le cerniere. Anche nel momento in cui l'abilità viene acquisita, l'esecuzione dei movimenti può apparire scoordinata, lenta o meno precisa rispetto ai coetanei. I bambini più grandi e gli adulti potrebbero mostrare lentezza o imprecisione negli aspetti motori di attività quali assemblare puzzle, costruire modellini, giocare con la palla (specialmente in squadra), scrivere a mano, battere a macchina, guidare o dedicarsi alla cura personale.

Il disturbo dello sviluppo della coordinazione viene diagnosticato solo se la compromissione delle abilità motorie interferisce in modo significativo con lo svolgimento o con la partecipazione alle attività quotidiane della vita familiare, sociale, scolastica o comunitaria (Criterio B). Esempi di tali attività comprendono vestirsi, assumere i pasti utilizzando utensili appropriati all'età e senza fare disordine, impegnarsi in giochi fisici con gli altri, utilizzare in classe strumenti quali righelli e forbici, e partecipare ad attività di squadra a scuola. Non solo la capacità di svolgere queste azioni è compromessa, ma è comune anche una marcata lentezza di esecuzione. La capacità di scrivere a mano è spesso compromessa, e di conseguenza sono coinvolti la capacità di leggere e/o la rapidità della produzione scritta e il rendimento scolastico (l'impatto si distingue da quello delle difficoltà specifiche dell'apprendimento per via dell'importanza della compromissione della componente motoria delle abilità di scrittura). Negli adulti, le abilità quotidiane legate alla scuola e al lavoro, specialmente quelle in cui sono richieste velocità e precisione, sono influenzate negativamente dai problemi della coordinazione.

Il Criterio C stabilisce che l'esordio dei sintomi del disturbo dello sviluppo della coordinazione deve avere luogo nel primo periodo dello sviluppo. Tuttavia il disturbo dello sviluppo della coordinazione tipicamente non viene diagnosticato prima dei 5 anni di età poiché esiste una considerevole variazione dell'età di acquisizione di molte abilità motorie o una mancanza di stabilità dei risultati delle misurazioni nella prima infanzia (per es., alcuni bambini recuperano successivamente) o perché altre cause di ritardo motorio possono non essersi manifestate completamente.

Il Criterio D specifica che la diagnosi di disturbo dello sviluppo della coordinazione viene posta se le difficoltà di coordinazione non sono meglio spiegate da un deficit visivo o non sono attribuibili a una condizione neurologica. Per questo motivo l'esame delle funzioni visive e l'esame neurologico devono essere compresi nella valutazione diagnostica. Se è presente disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo), le difficoltà motorie superano quelle attese in base all'età mentale; comunque, non è specificato un QI limite o un criterio differenziale.

Il disturbo dello sviluppo della coordinazione non ha sottotipi distinti; tuttavia, alcuni individui possono presentare una compromissione predominante nelle abilità motorie grossolane piuttosto che in quelle fini, compresa la scrittura. Altri termini usati per descrivere il disturbo dello sviluppo della coordinazione comprendono *disprassia infantile*, *disturbo specifico dello sviluppo della motricità* e *sindrome del bambino goffo*.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Alcuni bambini con disturbo dello sviluppo della coordinazione mostrano un'attività motoria aggiuntiva (di solito repressa), come movimenti coreiformi del bacino o movimenti speculari. Questi movimenti "parassitari" vengono considerati come *immaturità del neurosviluppo* o *segni neurologici lievi* piuttosto che anomalie neurologiche. Sia nella letteratura attuale sia nella routine clinica, il loro ruolo diagnostico è ancora poco chiaro e sono necessari ulteriori approfondimenti.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo dello sviluppo della coordinazione è del 5-6% nei bambini tra i 5 e gli 11 anni di età (nei bambini di 7 anni, l'1,8% ha la diagnosi di disturbo dello sviluppo della coordinazione grave e il 3% di disturbo dello sviluppo della coordinazione probabile). I maschi sono colpiti più spesso delle femmine, con un rapporto maschio:femmina tra 2:1 e 7:1.

Sviluppo e decorso

Il decorso del disturbo dello sviluppo della coordinazione è variabile ma stabile almeno fino a 1 anno di follow-up. Sebbene possano manifestarsi miglioramenti a lungo termine, i problemi nei movimenti coordinati continuano nel corso dell'adolescenza in una percentuale stimata del 50-70% dei bambini. L'esordio avviene nella prima infanzia. I primi segni possono essere ritardi nelle tappe motorie principali, oppure il disturbo può essere riconosciuto la prima volta nel momento in cui il bambino prova a svolgere attività quali impugnare coltello e forchetta, abbottonarsi i vestiti o giocare con la palla. Nella media infanzia si manifestano difficoltà negli aspetti motori legati all'assemblare puzzle, costruire modellini, giocare con la palla e scrivere a mano, così come nella gestione dei propri effetti personali quando sono richieste azioni sequenziali e coordinazione. Nella prima età adulta vi è una continua difficoltà nell'apprendimento di nuovi compiti che comportano abilità motorie complesse/automatiche, compresi guidare e usare utensili. L'incapacità di prendere appunti e scrivere a mano velocemente può influenzare le prestazioni sul lavoro. La presenza concomitante di altri disturbi (si veda il paragrafo "Comorbilità" di questo disturbo) ha un impatto aggiuntivo sul quadro clinico, il decorso e l'esito del disturbo.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Il disturbo dello sviluppo della coordinazione è più comune a seguito di esposizione prenatale all'alcol e in bambini prematuri o con basso peso alla nascita.

Fattori genetici e fisiologici. Sono state riscontrate compromissioni in processi di neurosviluppo sottostanti – in particolare nelle abilità viso-motorie, sia la percezione viso-motoria sia la mentalizzazione spaziale – che colpiscono la capacità di compiere rapidi adattamenti motori nei momenti in cui aumenta la complessità dei movimenti richiesti. Sono state ipotizzate disfunzioni cerebellari, ma le basi neurali del disturbo dello sviluppo della coordinazione rimangono poco chiare. A causa della concomitanza di disturbo dello sviluppo della coordinazione, disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI), disabilità specifiche dell'apprendimento e disturbo dello spettro dell'autismo, sono stati ipotizzati fattori genetici condivisi. Tuttavia, una consistente concomitanza nei gemelli si rileva solo in casi gravi.

Modificatori del decorso. Gli individui con DDAI e disturbo dello sviluppo della coordinazione mostrano una maggiore compromissione rispetto agli individui con DDAI senza disturbo dello sviluppo della coordinazione.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il disturbo dello sviluppo della coordinazione si presenta in culture, razze e condizioni socioeconomiche diverse. Per definizione, le "attività della vita quotidiana" implicano differenze culturali che richiedono si prenda in considerazione il contesto in cui l'individuo ha vissuto da bambino e che si verifichi se ha avuto adeguate opportunità di imparare e di mettere in pratica tali attività.

Conseguenze funzionali del disturbo dello sviluppo della coordinazione

Il disturbo dello sviluppo della coordinazione porta a una compromissione della prestazione funzionale nelle attività della vita quotidiana (Criterio B), e la compromissione aumenta in caso di condizioni concomitanti. Le conseguenze del disturbo dello sviluppo della coordinazione comprendono ridotta partecipazione a giochi di squadra e attività sportive; scarsa autostima e valutazione di sé; problemi emotivi o del comportamento; rendimento scolastico compromesso; scarsa forma fisica; ridotta attività fisica e obesità.

Diagnosi differenziale

Compromissioni motorie dovute a un'altra condizione medica. I problemi di coordinazione possono essere associati a compromissione della funzione visiva e a disturbi neurologici specifici (per es., paralisi cerebrale, lesioni progressive del cervelletto, disturbi neuromuscolari). In questi casi si riscontrano evidenze aggiuntive all'esame neurologico.

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo). Se è presente disabilità intellettiva, le capacità motorie possono essere compromesse in conformità con la disabilità intellettiva. Tuttavia, nel caso in cui le difficoltà motorie superano ciò che può essere spiegato dalla disabilità intellettiva e i criteri per il disturbo dello sviluppo della coordinazione siano soddisfatti, allora il disturbo dello sviluppo della coordinazione può essere diagnosticato.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI). Gli individui con DDAI possono cadere, urtare oggetti o farli cadere. Occorre un'attenta osservazione in contesti diversi per determinare se la mancanza di capacità motoria sia attribuibile a distrazione e impulsività piuttosto che a disturbo dello sviluppo della coordinazione. Qualora siano soddisfatti i criteri sia per il DDAI sia per il disturbo dello sviluppo della coordinazione, possono essere poste entrambe le diagnosi.

Disturbo dello spettro dell'autismo. Gli individui con disturbo dello spettro dell'autismo possono non essere interessati a svolgere compiti che richiedano abilità di coordinazione complesse, come gli sport con la palla, che influenzano la valutazione delle prestazioni ma non riflettono la competenza motoria di base. La concomitanza del disturbo dello sviluppo della coordinazione e del disturbo dello spettro dell'autismo è comune. Se sono soddisfatti i criteri per entrambi i disturbi, possono essere poste entrambe le diagnosi.

Sindrome da ipermobilità articolare. Gli individui con sindromi che causano iperestensibilità delle articolazioni (riscontrata all'esame obiettivo, spesso con sintomi di dolore) possono presentare sintomi simili a quelli del disturbo dello sviluppo della coordinazione.

Comorbilità

I disturbi che comunemente si presentano in concomitanza con il disturbo dello sviluppo della coordinazione comprendono disturbo del linguaggio e dell'eloquio; disturbo specifico dell'apprendimento (specialmente della scrittura e della lettura); problemi di disattenzione, compreso il DDAI (la più frequente condizione coesistente, che si manifesta in concomitanza in circa il 50% dei casi); disturbo dello spettro dell'autismo; problemi di regolazione comportamentale ed emotiva; sindrome da ipermobilità articolare. Possono presentarsi diversi cluster di disturbi concomitanti (per es., un cluster con gravi disturbi di lettura, problemi della motricità fine e problemi nella scrittura a mano; un altro cluster caratterizzato da controllo del movimento e pianificazione motoria compromessi). La presenza di altri disturbi non esclude la diagnosi di disturbo dello sviluppo della coordinazione ma può rendere più complessi i test e può interferire in modo indipendente con l'esecuzione delle attività della vita quotidiana, richiedendo così il giudizio clinico dell'esaminatore nel definire la causa della compromissione delle abilità motorie.

Disturbo da movimento stereotipato 307.3 (F98.4)

Criteri diagnostici

A. Comportamento motorio ripetitivo, apparentemente intenzionale ed evidentemente afinalistico (per es., scuotere o far cenni con le mani, dondolarsi, battersi la testa, mordersi, colpirsi il corpo).

B. Il comportamento motorio ripetitivo interferisce con attività sociali, scolastiche o di altro tipo e può portare ad autolesionismo.

C. L'esordio avviene nel primo periodo dello sviluppo.

D. Il comportamento motorio ripetitivo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a una condizione neurologica e non è meglio spiegato da un altro disturbo del neurosviluppo o mentale (per es., tricotillomania [disturbo da strappamento di peli], disturbo ossessivo-compulsivo).

Specificare se:

Con comportamento autolesivo (o comportamento che provocherebbe lesioni nel caso in cui non vengano prese misure preventive)

Senza comportamento autolesivo

Specificare se:

Associato a una condizione medica o genetica nota, a un disturbo del neurosviluppo o a un fattore ambientale (per es., sindrome di Lesch-Nyhan, disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo], esposizione intrauterina all'alcol)

Nota di codifica: Utilizzare un codice aggiuntivo per identificare la condizione medica o genetica associata, o il disturbo del neurosviluppo.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: I sintomi sono facilmente soppressi da stimoli sensoriali o da distrazione.

Moderata: I sintomi richiedono misure protettive esplicite e modificazione del comportamento.

Grave: Per prevenire lesioni serie sono richiesti un monitoraggio continuo e misure protettive.

Procedure di registrazione

Per il disturbo da movimento stereotipato che è associato a una condizione medica o genetica nota, a un disturbo del neurosviluppo o a un fattore ambientale, registrare disturbo da movimento stereotipato associato a (nome della condizione, del disturbo o del fattore) (per es., disturbo da movimento stereotipato associato a sindrome di Lesch-Nyhan).

Specificatori

La gravità dei movimenti stereotipati non autolesivi varia da manifestazioni lievi che sono facilmente soppresse da stimoli sensoriali o da distrazioni a movimenti continui che interferiscono in modo marcato con tutte le attività della vita quotidiana. La gravità dei comportamenti autolesivi varia nelle diverse dimensioni, compresi la frequenza, l'impatto sul funzionamento adattivo e la gravità delle lesioni corporee (da lievi ecchimosi o eritemi, provocati dal colpirsi il corpo con la mano, fino a lacerazioni o amputazioni di dita, a distacco della retina provocato dal battersi la testa).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale del disturbo da movimento stereotipato è il comportamento motorio ripetitivo, apparentemente intenzionale e apparentemente afinalistico (Criterio A). Questi comportamenti sono spesso movimenti ritmici della testa, delle mani o del corpo senza una funzione adattiva evidente. I movimenti possono o non possono rispondere agli sforzi per fermarli. Tra i bambini con sviluppo tipico, i movimenti ripetitivi possono essere fermati quando sono oggetto di attenzione o quando il bambino viene distratto dalla loro esecuzione. Tra i bambini con disturbi del neurosviluppo, i comportamenti motori tipicamente rispondono meno a tali sforzi. In altri casi, l'individuo mostra comportamenti di autocontenimento (per es., sedersi sulle mani, avvolgere le braccia nei vestiti, trovare strumenti di protezione).

Il repertorio dei comportamenti è variabile; ogni individuo presenta il suo pattern di comportamento individuale, un comportamento "autografato". Esempi di movimenti stereotipati non autolesivi comprendono, ma non sono limitati a, dondolarsi, agitare o ruotare le mani bilateralmente, schioccare le dita o farle frullare davanti al viso, far ondeggiare o sbattere le braccia, annuire con la testa. Comportamenti stereotipati autolesivi comprendono, ma non sono limitati a, battersi la testa ripetutamente, schiaffeggiarsi il viso, mettersi le dita negli occhi, mordersi mani, labbra o altre parti del corpo. Il mettersi le dita negli occhi è particolarmente preoccupante; e si presenta più frequentemente nei bambini con deficit visivo. I movimenti multipli possono essere combinati tra loro (per es., inclinare la testa, dondolare il busto, agitare un laccio ripetutamente davanti alla faccia).

I movimenti stereotipati possono verificarsi molte volte durante il giorno, e durano da pochi secondi a vari minuti o più. La frequenza può variare da molti episodi nello stesso giorno a episodi distanziati da diverse settimane. I comportamenti variano a seconda dei contesti, e si verificano quando l'individuo è assorto in altre attività, quando è eccitato, stressato, affaticato o annoiato. Il Criterio A richiede che i movimenti siano "apparentemente" afinalistici. Tuttavia, i movimenti possono svolgere alcune funzioni. Per esempio, i movimenti stereotipati possono ridurre l'ansia in risposta a fattori stressanti esterni.

Il Criterio B stabilisce che i movimenti stereotipati interferiscono con attività sociali, scolastiche o di altro tipo, e che, in alcuni bambini, possono portare ad autolesionismo (o lo farebbero se non fossero prese misure protettive). Se l'autolesionismo è presente, dovrebbe essere codificato utilizzando lo specificatore. L'esordio dei movimenti stereotipati avviene nel primo periodo dello sviluppo (Criterio C). Il Criterio D afferma che il comportamento ripetitivo, stereotipato nel disturbo da movimento stereotipato non è attribuibile a effetti fisiologici di sostanze o a una condizione neurologica e non è meglio spiegato da un altro disturbo del neurosviluppo o mentale. La presenza di movimenti stereotipati può indicare un problema del neurosviluppo non individuato, specialmente nei bambini tra 1 e 3 anni di età.

Prevalenza

I movimenti stereotipati semplici (per es., dondolare) sono comuni nei bambini piccoli con sviluppo tipico. I movimenti stereotipati complessi sono molto meno comuni (si verificano approssimativamente nel 3-4% dei bambini). Tra il 4 e il 16% degli individui con disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) manifesta stereotipie e autolesionismo. Il rischio è maggiore negli individui con disabilità intellettiva grave. Tra gli individui con disabilità intellettiva che vivono in strutture residenziali, il 10-15% può avere un disturbo da movimento stereotipato con autolesionismo.

Sviluppo e decorso

I movimenti stereotipati tipicamente iniziano entro i primi 3 anni di vita. I movimenti stereotipati semplici sono comuni durante l'infanzia e possono essere collegati con il raggiungimento della padronanza motoria. Nei bambini che sviluppano stereotipie motorie complesse, circa l'80% presenta sintomi prima dei 24 mesi di età, il 12% tra i 24 e i 35 mesi, e l'8% a 36 mesi o più. Nella maggior parte dei bambini con sviluppo tipico, questi movimenti si risolvono nel tempo o possono scomparire. L'esordio di stereotipie motorie complesse può avvenire nell'infanzia o in una fase più avanzata del periodo dello sviluppo. Tra gli individui con disabilità intellettiva, i comportamenti stereotipati autolesivi possono persistere negli anni, anche se la localizzazione o il pattern di autolesionismo possono cambiare.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. L'isolamento sociale è un fattore di rischio per l'autostimolazione che può progredire fino a movimenti stereotipati con autolesionismo ripetitivo. Anche lo stress ambientale può innescare comportamento stereotipato. La paura può alterare lo stato di attivazione fisiologica, con conseguente aumento della frequenza di comportamenti stereotipati.

Fattori genetici e fisiologici. Un funzionamento cognitivo basso è collegato con un maggiore rischio di comportamenti stereotipati e con una risposta più scarsa agli interventi. I movimenti stereotipati sono più frequenti tra gli individui con disabilità intellettiva da moderata a grave/estrema, i quali in virtù di una particolare sindrome (per es., sindrome di Rett) o di un fattore ambientale (per es., un ambiente con stimolazione relativamente insufficiente) sembrano essere a più alto rischio per stereotipie. Un comportamento ripetitivo autolesivo può essere un fenotipo comportamentale nelle sindromi neurogenetiche. Per esempio, nella sindrome di Lesch-Nyhan sono presenti sia movimenti stereotipati distonici sia automutilazioni delle dita, morsi delle labbra e altre forme di autolesionismo, a meno che l'individuo non venga trattenuto, e nella sindrome di Rett e nella sindrome di Cornelia de Lange l'autolesionismo può derivare dalle stereotipie mano-bocca. Comportamenti stereotipati possono derivare da una condizione medica dolorosa (per es., infezione dell'orecchio medio, problemi dentali, reflusso gastroesofageo).

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il disturbo da movimento stereotipato, con o senza autolesionismo, si presenta in tutte le razze e culture. Gli atteggiamenti culturali verso comportamenti insoliti possono causare un ritardo nella diagnosi. La tolleranza culturale generale e l'atteggiamento nei confronti del movimento stereotipato variano e devono essere considerati.

Diagnosi differenziale

Sviluppo normale. Movimenti stereotipati semplici sono comuni nella prima infanzia e nell'infanzia. Il dondolamento può verificarsi nel passaggio dal sonno alla veglia, un comportamento che di solito si risolve con l'età. Le stereotipie complesse sono meno comuni nei bambini con sviluppo tipico e di solito possono essere soppresse dalla distrazione o da stimolazioni sensoriali. Raramente viene influenzata la routine quotidiana dell'individuo, e i movimenti generalmente non causano disagio al bambino. La diagnosi non sarebbe appropriata in queste circostanze.

Disturbo dello spettro dell'autismo. I movimenti stereotipati possono essere un sintomo di manifestazione del disturbo dello spettro dell'autismo e questo disturbo dovrebbe essere considerato nel corso della valutazione clinica dei movimenti e dei comportamenti ripetitivi. I deficit di comunicazione e di reciprocità sociale che si manifestano nel disturbo dello spettro dell'autismo sono generalmente assenti nel disturbo da movimento stereotipato, e quindi l'interazione sociale, la comunicazione sociale e i comportamenti e gli interessi ripetitivi e rigidi sono caratteristiche distintive. Quando è presente il disturbo dello spettro dell'autismo, il disturbo da movimento stereotipato viene diagnosticato solo se vi è autolesionismo o quando i comportamenti stereotipati sono sufficientemente gravi da diventare oggetto di attenzione del trattamento.

Disturbi da tic. Tipicamente, le stereotipie hanno un'età di esordio precoce (prima dei 3 anni) rispetto ai tic, che hanno un'età media di esordio di 5-7 anni. Le stereotipie sono costanti e fisse nel loro pattern o nella loro localizzazione in confronto ai tic, che hanno una manifestazione variabile. Le stereotipie possono coinvolgere le braccia, le mani o tutto il corpo, mentre i tic solitamente coinvolgono occhi, faccia, testa e spalle. Le stereotipie sono più fisse, ritmiche e prolungate nel tempo rispetto ai tic, che, generalmente, sono brevi, rapidi, casuali e fluttuanti. Tic e movimenti stereotipati sono entrambi ridotti dalla distrazione.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. Il disturbo da movimento stereotipato si distingue dal disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) per l'assenza di ossessioni,

così come per la natura dei comportamenti ripetitivi. Nel DOC l'individuo si sente spinto a mettere in atto comportamenti ripetitivi in risposta a un'ossessione o in accordo a regole che devono essere applicate rigidamente, mentre nel disturbo da movimento stereotipato i comportamenti sono apparentemente intenzionali ma apparentemente afinalistici. La tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) e il disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle) sono caratterizzati da comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo (per es., tirarsi i capelli e pizzicarsi la pelle) che possono essere apparentemente intenzionali, ma che non sono apparentemente afinalistici, e che possono non essere modellati o ritmici. Inoltre, l'esordio della tricotillomania e del disturbo da escoriazione non avviene tipicamente nel primo periodo dello sviluppo, ma piuttosto intorno alla pubertà o più tardi.

Altre condizioni neurologiche o mediche. La diagnosi di movimenti stereotipati richiede l'esclusione di abitudini, manierismi, discinesie parossistiche e corea ereditaria benigna. Sono necessari anamnesi ed esame obiettivo neurologici per valutare le caratteristiche indicative di altri disturbi, come mioclonia, distonia, tic e corea. I movimenti involontari associati a una condizione neurologica possono essere distinti per i loro segni e sintomi. Per esempio, movimenti ripetitivi, stereotipati nel corso di discinesia tardiva possono essere distinti per una storia di uso cronico di neurolettici e per la caratteristica discinesia orale o facciale o dei movimenti irregolari del tronco o degli arti. Questi tipi di movimenti non provocano autolesionismo. Una diagnosi di disturbo da movimento stereotipato non è appropriata per episodi ripetuti di pizzicamento della pelle o graffi associati a intossicazione da amfetamine o al loro abuso (per es., i pazienti con una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo indotto da sostanze/farmaci e disturbo correlato) e a movimenti coreoatetosici ripetitivi associati ad altre malattie neurologiche.

Comorbilità

Il disturbo da movimento stereotipato può presentarsi come diagnosi primaria o secondaria a un altro disturbo. Per esempio, le stereotipie sono la manifestazione comune di una varietà di disturbi neurogenetici, quali sindrome di Lesch-Nyhan, sindrome di Rett, sindrome dell'X fragile, sindrome di Cornelia de Lange e sindrome di Smith-Magenis. Quando il disturbo da movimento stereotipato si presenta in concomitanza con un'altra condizione medica, entrambe le condizioni dovrebbero essere codificate.

Disturbi da tic

Criteri diagnostici

Nota: Un tic è un movimento o una vocalizzazione, improvviso, rapido, ricorrente, motorio non ritmico.

Disturbo di Tourette 307.23 (F95.2)

A. Nel corso della malattia si sono manifestati a un certo punto sia tic motori multipli sia uno o più tic vocali, sebbene non necessariamente in concomitanza.

B. I tic possono avere oscillazioni sintomatologiche nella frequenza ma sono persistiti per più di 1 anno dall'esordio del primo tic.

C. L'esordio avviene prima dei 18 anni di età.

D. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., cocaina) o a un'altra condizione medica (per es., malattia di Huntington, encefalite postvirale).

Disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali 307.22 (F95.1)

A. Tic motori o vocali singoli o multipli sono stati presenti durante la malattia, ma non tic sia motori che vocali.

B. I tic possono avere oscillazioni sintomatologiche nella frequenza ma sono persistiti per più di 1 anno dall'esordio del primo tic.

C. L'esordio avviene prima dei 18 anni di età.

D. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., cocaina) o a un'altra condizione medica (per es., malattia di Huntington, encefalite postvirale).

E. Non sono mai stati soddisfatti i criteri per il disturbo di Tourette.

Specificare se:

Con solo tic motori

Con solo tic vocali

Disturbo transitorio da tic 307.21 (F95.0)

A. Tic motori e/o vocali singoli o multipli.

B. I tic sono stati presenti per meno di 1 anno dall'esordio del primo tic.

C. L'esordio avviene prima dei 18 anni di età.

D. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., cocaina) o a di un'altra condizione medica (per es., malattia di Huntington, encefalite postvirale).

E. Non sono mai stati soddisfatti i criteri per il disturbo di Tourette o per il disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali.

Specificatori

Lo specificatore "tic solo motori" o "tic solo vocali" è richiesto soltanto per il disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali.

Caratteristiche diagnostiche

I disturbi da tic comprendono quattro categorie diagnostiche: disturbo di Tourette, disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali, disturbo transitorio da tic e disturbi da tic con altra specificazione o senza specificazione. La diagnosi di un disturbo da tic è basata sulla presenza di tic motori e/o vocali (Criterio A), sulla durata dei sintomi di tic (Criterio B), sull'età di esordio (Criterio C) e sull'assenza di una qualsiasi causa nota come altra condizione medica o uso di sostanze (Criterio D). I disturbi da tic sono disposti secondo un ordine gerarchico (cioè disturbo di Tourette, seguito da disturbo persistente [cronico] da tic motori o vocali, seguito da disturbo transitorio da tic, seguito da disturbi da tic con altra specificazione o senza specificazione) tale che, una volta diagnosticato un disturbo da tic a un dato livello della gerarchia, non può essere posta una diagnosi di livello gerarchico inferiore (Criterio E).

I tic sono movimenti o vocalizzazioni improvvisi, rapidi, ricorrenti, motori non ritmici. Un individuo può avere diversi sintomi di tic nel corso del tempo, ma in qualunque momento il repertorio di tic si ripresenta in modo caratteristico. Nonostante i tic possano coinvolgere quasi ogni gruppo muscolare o vocalizzazione, alcuni sintomi di tic, come chiudere gli occhi o schiarirsi la gola, sono comuni tra i pazienti. I tic sono in genere percepiti come involontari ma possono essere volontariamente soppressi per una durata di tempo variabile.

I tic possono essere sia semplici che complessi. I *tic motori semplici* sono di breve durata (cioè millisecondi) e possono comprendere battito degli occhi, scrollare le spalle ed estendere le estremità. I tic vocali semplici comprendono schiarirsi la gola, tirare su con il naso e grugnire e sono spesso causati dalla contrazione del diaframma o dei muscoli dell'orofaringe. I *tic motori complessi* sono di più lunga durata (cioè secondi) e spesso comprendono una combinazione di tic semplici, come girare la testa e scrollare le spalle simultaneamente. I tic complessi possono sembrare finalizzati, come i gesti sessuali o osceni tipo tic (*coproprassia*) o le imitazioni tipo tic dei movimenti di qualcun altro (*ecoprassia*). Allo stesso modo, i tic vocali complessi comprendono la ripetizione di propri suoni o parole (*palilalia*), la ripetizione dell'ultima parola o frase udita (*ecolalia*) o il pronunciare parole socialmente inaccettabili, compresi oscenità o insulti etnici, razziali o religiosi (*coprolalia*). È importante sottolineare che la coprolalia è un'espressione verbale improvvisa, che ricorda un grugnito e non presenta la prosodia che accompagna analoghi discorsi inappropriati osservata nelle interazioni umane.

La presenza di tic motori e/o vocali varia tra i quattro disturbi da tic (Criterio A). Nel disturbo di Tourette, sia i tic motori che quelli vocali devono essere presenti, mentre nel disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali sono presenti solo tic motori o solo tic vocali. Per quanto riguarda il disturbo transitorio da tic, possono essere presenti tic motori e/o vocali. Nei disturbi da tic con altra specificazione o senza specificazione, i sintomi del disturbo del movimento sono meglio caratterizzati come tic ma sono atipici per manifestazione o età di esordio, o hanno un'eziologia nota.

La durata di almeno 1 anno (Criterio B) assicura che gli individui diagnosticati con disturbo di Tourette o con disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali abbiano avuto sintomi persistenti. I tic hanno oscillazioni sintomatologiche per gravità, e alcuni individui possono avere periodi di settimane o mesi senza tic; tuttavia, un individuo che ha avuto sintomi di tic di durata maggiore di 1 anno dall'esordio del primo tic è considerato avere sintomi persistenti a prescindere dalla durata dei periodi senza tic. Per un individuo con tic motori e/o vocali presenti da meno di 1 anno dall'esordio del primo tic, dovrebbe essere considerata una diagnosi di disturbo transitorio da tic. Non esiste una durata specifica dei disturbi da tic con altra specificazione o senza specificazione. L'esordio dei tic deve verificarsi prima dei 18 anni di età (Criterio C). I disturbi da tic tipicamente iniziano nel periodo della prepubertà, con un'età media di esordio tra i 4 e i 6 anni, e con un'incidenza decrescente durante la tarda adolescenza di disturbi da tic di nuovo esordio. Un nuovo esordio di sintomi di tic nell'età adulta è estremamente raro ed è spesso associato all'esposizione a droghe (per es., uso eccessivo di cocaina) o è conseguenza di un danno a livello del sistema nervoso centrale (per es., encefalite postvirale). Nonostante l'esordio di tic non sia comune negli adolescenti e negli adulti, non è raro per adolescenti e adulti richiedere una valutazione diagnostica per la prima volta e, quando valutati attentamente, riferire una storia di sintomi più lievi risalenti all'infanzia. Un nuovo esordio di movimenti anomali suggestivi di tic al di fuori della fascia di età usuale dovrebbe portare alla valutazione di altri disturbi da movimento o di eziologie specifiche.

I sintomi di tic non possono essere attribuiti agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica (Criterio D). Quando vi è una forte evidenza proveniente dall'anamnesi, dall'esame obiettivo e/o da esami di laboratorio che suggerisce una causa plausibile, prossimale e probabile per un disturbo da tic, dovrebbe essere posta la diagnosi di disturbo da tic con altra specificazione.

Avere precedentemente soddisfatto i criteri diagnostici per il disturbo di Tourette esclude una possibile diagnosi di disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali (Criterio E). Allo stesso modo, una precedente diagnosi di disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali esclude una diagnosi di disturbo transitorio da tic o di disturbo da tic con altra specificazione o senza specificazione (Criterio E).

Prevalenza

I tic sono comuni nell'infanzia ma nella maggioranza dei casi sono transitori. La prevalenza stimata per il disturbo di Tourette in bambini in età scolare varia da 3 a 8 casi su 1000. I maschi sono più comunemente affetti delle femmine, con un rapporto che varia da 2:1 a 4:1. Un'indagine nazionale negli Stati Uniti ha stimato una prevalenza di casi identificati clinicamente di 3 individui su 1000. La frequenza di casi individuati era più bassa tra gli afroamericani e gli ispanoamericani, e questo può essere correlato alle differenze di accesso alle cure.

Sviluppo e decorso

L'esordio dei tic avviene tipicamente tra i 4 e i 6 anni. Un picco di gravità si verifica tra i 10 e i 12 anni, con una riduzione della gravità durante l'adolescenza. Molti adulti con disturbi da tic fanno esperienza di un'attenuazione dei sintomi. Una bassa percentuale di individui continua a presentare sintomi persistentemente gravi o un peggioramento in età adulta.

I sintomi di tic si manifestano in modo simile in tutti i gruppi di età e lungo il corso della vita. I tic hanno oscillazioni sintomatologiche per gravità e cambiano nel tempo rispetto a gruppi muscolari colpiti e a vocalizzazioni. Quando i bambini crescono, cominciano a riferire che i loro tic sono associati a un impulso premonitore – una sensazione somatica che precede il tic – e a una sensazione di riduzione della tensione che segue la manifestazione del tic. I tic associati a un impulso premonitore possono essere percepiti come non completamente "involontari" in quanto è possibile resistere all'impulso e al tic. Un individuo può anche sentire il bisogno di esprimere il tic in un modo specifico o di ripeterlo fino a che non si raggiunge la sensazione che il tic è stato fatto correttamente (*just right*).

La vulnerabilità allo sviluppo di condizioni concomitanti cambia quando l'individuo entra nelle fasce di età a rischio per varie condizioni concomitanti. Per esempio, i bambini in età prepuberale con disturbi da tic sono più predisposti a sviluppare il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI), il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) o il disturbo d'ansia di separazione, mentre adolescenti e adulti hanno più probabilità di sviluppare il disturbo depressivo maggiore, il disturbo da uso di sostanze o il disturbo bipolare.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I tic sono peggiorati dalla presenza di ansia, eccitazione e stanchezza e migliorano nei momenti di calma o durante attività focalizzate. Gli individui possono avere meno tic mentre sono impegnati nello svolgimento di compiti scolastici o lavorativi di quando si rilassano a casa dopo la scuola o di sera. Eventi stressanti/eccitanti (per es., sostenere esami, partecipare ad attività eccitanti) spesso peggiorano i tic.

Fattori ambientali. L'osservazione di un gesto o di un suono in un'altra persona può portare un individuo con disturbo da tic a compiere un gesto o suono simile, che può erroneamente essere percepito dagli altri come finalizzato. Questo può essere un problema serio quando l'individuo interagisce con figure dotate di autorità (per es., insegnanti, supervisori, polizia).

Fattori genetici e fisiologici. I fattori genetici e ambientali influenzano l'espressione sintomatologica e la gravità dei tic. Sono stati identificati in famiglie con disturbi da tic importanti alleli di rischio per il disturbo di Tourette e per variazioni genetiche rare. Complicazioni ostetriche, età paterna avanzata, basso peso alla nascita e fumo della madre durante la gravidanza sono associati a una peggiore gravità dei tic.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

I disturbi da tic non sembrano variare nelle caratteristiche cliniche, nel decorso o nell'eziologia in base a razza, etnia e cultura. Tuttavia, razza, etnia e cultura possono avere un impatto su come i disturbi da tic vengono percepiti e gestiti in famiglia e nella comunità, così come sui pattern che influenzano la ricerca di aiuto e le scelte di trattamento.

Aspetti diagnostici correlati al genere

I maschi sono colpiti più comunemente delle femmine, ma non vi sono differenze di genere nel tipo di tic, nell'età di esordio e nel decorso. Donne con disturbo da tic persistente possono essere più predisposte a sviluppare ansia e depressione.

Conseguenze funzionali dei disturbi da tic

Molti individui con gravità dei tic da lieve a moderata non fanno esperienza di disagio o compromissione del funzionamento e possono anche non essere consapevoli dei loro tic. Gli individui con sintomi più gravi in genere presentano una compromissione maggiore della vita quotidiana, ma anche gli individui con disturbi da tic moderati o gravi possono avere un buon funzionamento. La presenza di una condizione concomitante, come DDAI o DOC, può avere un impatto maggiore sul funzionamento. Meno comunemente, i tic alterano il funzionamento delle attività quotidiane e portano a isolamento sociale, conflitti interpersonali, vittimizzazione da parte dei coetanei, incapacità sul lavoro o incapacità di andare a scuola, e qualità della vita più bassa. L'individuo può percepire anche un disagio psicologico rilevante. Complicazioni rare del disturbo di Tourette comprendono lesioni fisiche, come lesioni agli occhi (provocate dal colpirsi il viso), e lesioni ortopediche e neurologiche (per es., un'ernia del disco correlata a movimenti vigorosi della testa e del collo).

Diagnosi differenziale

Movimenti anomali che possono accompagnare altre condizioni mediche e disturbo da movimento stereotipato. Le *stereotipie motorie* sono definite come movimenti involontari, ritmici, ripetitivi, prevedibili che sembrano finalizzati ma non hanno una funzione adattiva o un fine evidenti e si arrestano con la distrazione. Esempi comprendono ondulare/ruotare ripetutamente le mani, agitare le braccia e le dita. Le stereotipie motorie possono essere differenziate dai tic sulla base della più precoce età di esordio (meno dei 3 anni di età), della durata prolungata (secondi o minuti), della forma e della localizzazione costanti, ripetitive, fisse, dell'esacerbazione quando si è assorti in attività, della mancanza dell'impulso premonitore e della cessazione con la distrazione (per es., essere chiamati per nome o essere toccati) delle prime rispetto ai secondi. La *corea* è caratterizzata da azioni rapide, casuali, continue, brusche, irregolari, imprevedibili, non stereotipate che sono in genere bilaterali e colpiscono tutte le parti del corpo (cioè viso, tronco e arti). La tempistica, la direzione e la distribuzione dei movimenti variano di momento in momento, e i movimenti di solito peggiorano durante il tentativo di un'azione volontaria. La *distonia* è la contrattura sostenuta simultanea di muscoli agonisti e antagonisti, causata da una postura distorta o da movimento di parti del corpo. Le posture distoniche sono spesso innescate da tentativi di movimenti volontari e non sono osservate durante il sonno.

Discinesie parossistiche e indotte da sostanze. Le discinesie parossistiche generalmente si presentano con movimenti distonici o coreoatetosici che sono esacerbati da movimento volontario o da sforzo e meno comunemente derivano dalla normale attività.

Mioclono. Il mioclono è caratterizzato da un improvviso movimento unidirezionale che è spesso non ritmico. Esso può essere peggiorato dal movimento e si verifica durante il sonno. Il mioclono si differenzia dai tic per la sua rapidità, la mancanza di sopprimibilità e l'assenza dell'impulso premonitore.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. Differenziare comportamenti ossessivi-compulsivi dai tic può essere difficile. Gli stimoli che favoriscono un comportamento ossessivo-compulsivo comprendono un impulso di origine cognitiva (per es., paura di contaminazione) e la necessità di eseguire l'azione in un modo particolare un certo numero di volte, ugualmente su entrambi i lati del corpo, o finché non è raggiunta una sensazione di "just right". Problemi legati al controllo degli impulsi e altri comportamenti ripetitivi, compresi tirarsi i capelli, pizzicarsi la pelle e mordersi le unghie in maniera persistente, appaiono più finalizzati e complessi rispetto ai tic.

Comorbilità

Sono state descritte molte condizioni mediche o psichiatriche che si presentano in concomitanza con i disturbi da tic, essendo particolarmente comuni il DDAI e il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. I sintomi ossessivi-compulsivi osservati nel disturbo da tic tendono a essere caratterizzati da sintomi di simmetria e di ordine più aggressivi e da una più scarsa risposta alla farmacoterapia con inibitori selettivi del reuptake della serotonina. I bambini con DDAI possono mostrare comportamento dirompente, immaturità sociale e difficoltà di apprendimento che possono interferire con il progresso scolastico e con le relazioni interpersonali e che possono portare a una compromissione maggiore di quella causata dai disturbi da tic. Gli individui con disturbi da tic possono anche presentare altri disturbi del movimento e altri disturbi mentali, come i disturbi depressivo, bipolare, o da uso di sostanze.

Disturbo da tic con altra specificazione 307.20 (F95.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo da tic, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo da tic o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del neurosviluppo. La categoria disturbo da tic con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per un disturbo da tic o per nessuno specifico disturbo del neurosviluppo. Questo viene fatto registrando "disturbo da tic con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "con esordio dopo i 18 anni").

Disturbo da tic senza specificazione 307.20 (F95.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo da tic, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo da tic o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del neurosviluppo. La categoria disturbo da tic senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per un disturbo da tic o per uno specifico disturbo del neurosviluppo non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Altri disturbi del neurosviluppo

Disturbo del neurosviluppo con altra specificazione 315.8 (F88)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo del neurosviluppo, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del neurosviluppo. La categoria disturbo del neurosviluppo con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo del neurosviluppo. Questo viene fatto registrando "disturbo del neurosviluppo con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "disturbo del neurosviluppo associato a esposizione fetale all'alcol").

Un esempio di manifestazione che può essere specificata utilizzando la dicitura "con altra specificazione" è il seguente:

Disturbo del neurosviluppo associato a esposizione fetale all'alcol: Il disturbo del neurosviluppo associato a esposizione fetale all'alcol è caratterizzato da una varietà di disabilità dello sviluppo successive all'esposizione all'alcol in utero.

Disturbo del neurosviluppo senza specificazione 315.9 (F89)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo del neurosviluppo, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del neurosviluppo. La categoria disturbo del neurosviluppo senza specificazione è utilizzata nelle situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo del neurosviluppo non vengono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., al pronto soccorso).

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici

I disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici comprendono schizofrenia, altri disturbi psicotici, e disturbo schizotipico (di personalità). Sono definiti da anomalie psicopatologiche in uno o più dei cinque seguenti ambiti: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato (eloquio), comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonia) e sintomi negativi.

Caratteristiche chiave che definiscono i disturbi psicotici

Deliri

I *deliri* sono convinzioni fortemente sostenute che non sono passibili di modifica alla luce di evidenze contrastanti. Il loro contenuto può comprendere una varietà di temi (per es., di persecuzione, di riferimento, somatico, religioso, di grandezza). I *deliri di persecuzione* (cioè la convinzione di poter essere oggetto di aggressioni, danneggiamenti, molestie e così via da parte di un individuo, un'organizzazione o altro gruppo) sono i più comuni. Anche i *deliri di riferimento* (cioè la convinzione che certi gesti, commenti, stimoli ambientali e così via sono diretti a se stessi) sono comuni. Si osservano anche i *deliri di grandezza* (cioè quando un individuo crede di avere eccezionali capacità, ricchezza o fama) e i *deliri erotomanici* (cioè quando un individuo crede erroneamente che un'altra persona sia innamorata/o di lui/lei). I *deliri nichilistici* comportano la convinzione che si verificherà un evento catastrofico, e i *deliri somatici* concentrano l'attenzione su preoccupazioni che riguardano la salute e il funzionamento degli organi.

I deliri sono considerati *bizzarri* se sono chiaramente non plausibili e non sono comprensibili a pari appartenenti alla stessa cultura e non derivano da esperienze di vita ordinarie. Un esempio di delirio bizzarro è la convinzione che una forza esterna abbia rimosso i propri organi interni e li abbia sostituiti con gli organi di qualcun altro senza lasciare ferite e cicatrici. Un esempio di delirio non bizzarro è la convinzione di essere sotto sorveglianza della polizia, nonostante la mancanza di prove convincenti. I deliri che esprimono una perdita di controllo sulla mente e sul corpo sono generalmente considerati bizzarri; questi comprendono la convinzione che i propri pensieri siano stati "rimossi" da alcune forze esterne (*furto del pensiero*), che pensieri estranei siano stati

introdotti nella propria mente (*inserzione del pensiero*), oppure che il proprio corpo o le proprie azioni siano sotto il controllo o l'influenzamento di qualche forza esterna (*deliri di controllo*). La distinzione tra delirio e un'idea fortemente sostenuta a volte è difficile da fare e dipende in parte dal grado di convinzione con cui l'idea stessa viene sostenuta nonostante una chiara o ragionevole evidenza contraddittoria della sua veridicità.

Allucinazioni

Le *allucinazioni* sono esperienze simil-percettive che si verificano senza uno stimolo esterno. Sono vivide e chiare, con il pieno impatto e tutta la forza delle percezioni normali, e non sono sotto il controllo volontario. Esse possono presentarsi in qualsiasi modalità sensoriale, ma le allucinazioni uditive sono le più comuni nella schizofrenia e nei disturbi correlati. Le allucinazioni uditive si presentano solitamente come voci, familiari o non familiari, che vengono percepite come distinte dai propri pensieri. Le allucinazioni devono verificarsi nel contesto di un sensorio integro; quelle che si verificano durante l'addormentamento (*ipnagogiche*) o durante il risveglio (*ipnopompiche*) sono considerate all'interno della gamma delle esperienze normali. Le allucinazioni possono essere una parte normale dell'esperienza religiosa in determinati contesti culturali.

Pensiero disorganizzato (eloquio)

Il *pensiero disorganizzato* (*disturbo formale del pensiero*) è tipicamente dedotto dall'eloquio dell'individuo. L'individuo può passare da un argomento all'altro (*deragliamento* o *allentamento dei nessi associativi*). Le risposte alle domande possono essere correlate in modo marginale o completamente non correlate (*tangenzialità*). Raramente, l'eloquio può essere così gravemente disorganizzato da essere quasi incomprensibile e assomigliare all'afasia ricettiva nella sua disorganizzazione linguistica (*incoerenza* o "insalata di parole"). Poiché una disorganizzazione lieve dell'eloquio è comune e non specifica, i sintomi devono essere sufficientemente gravi da compromettere in modo consistente la comunicazione efficace. La gravità della compromissione può essere difficile da valutare se la persona che pone la diagnosi proviene da un background linguistico differente rispetto a quello della persona esaminata. Una disorganizzazione meno grave del pensiero o dell'eloquio può verificarsi durante i periodi prodromico e residuale della schizofrenia.

Comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonia)

Il *comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale* può manifestarsi in una varietà di modi, spaziando da una "stolidità" di tipo infantile all'agitazione imprevedibile. Si possono osservare anomalie in qualunque forma di comportamento finalizzato con conseguenti difficoltà nell'esecuzione delle attività quotidiane.

Il *comportamento catatonico* è una marcata diminuzione della reattività all'ambiente. Ciò può variare dalla resistenza a istruzioni impartite (*negativismo*) al mantenere una postura rigida, inappropriata o bizzarra, fino alla completa mancanza di risposte verbali e motorie (*mutismo* e *stupor*). Il comportamento catatonico può comprendere anche un'attività motoria non finalizzata ed eccessiva senza motivazione evidente (*eccitamento catatonico*). Altre manifestazioni sono i movimenti stereotipati ripetuti, lo sguardo fisso, le *grimace*, il mutismo e l'ecolalia. Benché la catatonia sia stata storicamente associata alla schizofrenia, i sintomi catatonici non sono specifici e possono verificarsi in altri disturbi mentali (per es., disturbi bipolari e disturbi depressivi con catatonia) e in condizioni mediche (disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica).

Sintomi negativi

I *sintomi negativi* spiegano una parte sostanziale della morbilità associata alla schizofrenia ma sono meno preminenti in altri disturbi psicotici. Nella schizofrenia due sintomi negativi sono particolarmente significativi: diminuzione dell'espressione delle emozioni e abulia. La *diminuzione dell'espressione delle emozioni* comprende riduzioni nell'espressione delle emozioni facciali, del contatto visivo, dell'intonazione dell'eloquio (prosodia), e dei movimenti di mani, testa e volto che di norma danno un'enfasi emozionale all'eloquio. L'*abulia* è una diminuzione nelle attività finalizzate volontarie spontanee. L'individuo può rimanere seduto per lunghi periodi di tempo e mostrare scarso interesse nel partecipare ad attività lavorative o sociali. Altri sintomi negativi comprendono alogia, anedonia e asocialità. L'*alogia* si manifesta con una diminuzione della produzione verbale. L'*anedonia* è la diminuzione della capacità di provare piacere da stimoli positivi o una degradazione del ricordo del piacere precedentemente provato. L'*asocialità* si riferisce all'apparente mancanza di interesse nelle interazioni sociali e può essere associata all'abulia, ma può anche essere una manifestazione di limitate opportunità di interazioni sociali.

Disturbi in questo capitolo

Questo capitolo è organizzato lungo un "gradiente" di psicopatologia. I clinici dovrebbero prima considerare le condizioni che non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo psicotico oppure che sono limitate a un ambito di psicopatologia. Successivamente dovrebbero considerare le condizioni con limitazione temporale. Infine, la diagnosi di un disturbo dello spettro della schizofrenia richiede l'esclusione di un'altra condizione che può dare origine alla psicosi.

Il disturbo schizotipico di personalità viene citato all'interno di questo capitolo in quanto è considerato nell'ambito dello spettro della schizofrenia, nonostante la sua descrizione completa si trovi all'interno del capitolo "Disturbi di personalità". La diagnosi di disturbo schizotipico di personalità descrive un pattern pervasivo di deficit sociali e interpersonali, compresa la ridotta capacità di intrattenere relazioni strette; distorsioni cognitive o percettive; ed eccentricità del comportamento, che di solito inizia nella prima età adulta ma in alcuni si manifesta nell'infanzia e nell'adolescenza. Le anomalie della forma e del contenuto, del pensiero e della percezione sono al di sotto della soglia per la diagnosi di un disturbo psicotico.

Due condizioni sono definite da anomalie limitate a un ambito psicopatologico delle psicosi: quello del delirio o quello della catatonia. Il disturbo delirante è caratterizzato da almeno 1 mese di deliri senza altri sintomi psicotici. La catatonia viene descritta successivamente in questo capitolo e ulteriormente in questa esposizione.

Il disturbo psicotico breve dura più di 1 giorno e si risolve in 1 mese. Il disturbo schizofreniforme è caratterizzato da una manifestazione sintomatica equivalente a quella della schizofrenia a eccezione della durata (meno di 6 mesi) e dell'assenza del requisito di un declino nel funzionamento.

La schizofrenia dura almeno 6 mesi e comprende almeno 1 mese di fase attiva dei sintomi. Nel disturbo schizoaffettivo, un episodio dell'umore e la fase attiva dei sinto-

mi della schizofrenia si verificano insieme e sono preceduti o seguiti da almeno 2 settimane di deliri o allucinazioni senza preminenti sintomi dell'umore.

I disturbi psicotici possono essere indotti da un'altra condizione. Nel disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci, i sintomi psicotici vengono giudicati una conseguenza fisiologica di una sostanza di abuso, di un farmaco, o della esposizione a una tossina e cessano dopo la rimozione dell'agente. Nel disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica, i sintomi psicotici vengono considerati una conseguenza fisiologica diretta di un'altra condizione medica.

La catatonia può verificarsi in diversi disturbi, compresi disturbi del neurosviluppo, disturbi psicotici, disturbi bipolari, disturbi depressivi e altri disturbi mentali. Questo capitolo comprende anche la diagnosi di catatonia associata a un altro disturbo mentale (specificatore della catatonia), disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica e catatonia senza specificazione, e i criteri diagnostici per tutte le tre condizioni sono descritti insieme.

I disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione sono inclusi per classificare le manifestazioni psicotiche che non soddisfano i criteri per nessun disturbo psicotico specifico, oppure una sintomatologia psicotica sulla quale vi sono informazioni inadeguate, oppure contraddittorie.

Valutazione da parte del clinico dei sintomi e dei fenomeni clinici correlati nelle psicosi

I disturbi psicotici sono eterogenei, e la gravità dei sintomi può essere predittiva di aspetti importanti della malattia, come il livello dei deficit cognitivi o neurobiologici. Per ampliare le conoscenze in questo campo, nella Sezione III "Scale di valutazione" è compreso uno schema di inquadramento dettagliato per la valutazione della gravità, che può essere utile nella pianificazione del trattamento, nel processo decisionale prognostico e nella ricerca sui meccanismi patofisiologici. La Sezione III "Scale di valutazione" contiene anche valutazioni dimensionali dei sintomi primari delle psicosi, compresi le allucinazioni, i deliri, l'eloquio disorganizzato (eccetto che per il disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci e il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica), il comportamento psicomotorio anormale e i sintomi negativi, così come le valutazioni dimensionali di depressione e mania. La gravità dei sintomi dell'umore nelle psicosi ha un valore prognostico e guida il trattamento. Vi è la crescente evidenza che il disturbo schizoaffettivo non è una categoria nosologica distinta. Pertanto, le valutazioni dimensionali di depressione e mania per tutti i disturbi psicotici promuovono la focalizzazione dell'attenzione dei clinici circa la presenza di patologia dell'umore e la necessità di trattamento quando appropriato. La scala della Sezione III comprende anche una valutazione dimensionale della compromissione cognitiva. Molti individui con disturbi psicotici presentano compromissioni in una serie di domini cognitivi predittivi dello status funzionale. La valutazione neuropsicologica clinica può aiutare a guidare la diagnosi e il trattamento, ma valutazioni brevi senza una valutazione neuropsicologica formale possono fornire utili informazioni che possono essere sufficienti per finalità diagnostiche. La valutazione neuropsicologica formale, quando effettuata, dovrebbe essere somministrata, e gli esiti valutati, da personale addestrato per l'uso degli strumenti di valutazione. Se non viene effettuata una valutazione neuropsicologica formale, il clinico dovrebbe usare la migliore informazione disponibile per dare un giudizio. Sono peraltro necessarie ulteriori ricerche al fine di determinare l'utilità clinica di queste valutazioni; pertanto, le valutazioni disponibili nella Sezione III dovrebbero servire come prototipo per stimolare tale ricerca.

Disturbo schizotipico (di personalità)

Nel capitolo "Disturbi di personalità" si possono trovare i criteri e il testo relativi al disturbo schizotipico di personalità. Poiché questo disturbo è considerato parte dei disturbi dello spettro della schizofrenia, ed è codificato in questa sezione dell'ICD-9 e ICD-10 come disturbo schizotipico, viene elencato in questo capitolo e trattato in dettaglio nel capitolo "Disturbi di personalità" del DSM-5.

Disturbo delirante 297.1 (F22)

Criteri diagnostici

A. La presenza di uno (o più) deliri con una durata di 1 mese o più.

B. Il Criterio A per la schizofrenia non è mai stato soddisfatto.

Nota: Le allucinazioni, se presenti, non sono preminenti e sono correlate al tema delirante (per es., la sensazione di essere infestato da insetti associata ai deliri di infestazione).

C. Il funzionamento, a parte l'impatto del/dei delirio/i o delle sue ramificazioni, non risulta compromesso in modo marcato, e il comportamento non è chiaramente bizzarro o stravagante.

D. Se si sono verificati episodi maniacali o depressivi maggiori, questi sono stati brevi rispetto alla durata dei periodi deliranti.

E. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, come il disturbo di dismorfismo corporeo o il disturbo ossessivo-compulsivo.

Specificare quale:

Tipo erotomanico: Questo sottotipo si applica quando il tema centrale del delirio è che un'altra persona sia innamorata dell'individuo.

Tipo di grandezza: Questo sottotipo si applica quando il tema centrale del delirio è la convinzione di avere qualche grande (ma non riconosciuta) dote o intuizione oppure di aver fatto qualche importante scoperta.

Tipo di gelosia: Questo sottotipo si applica quando il tema centrale del delirio dell'individuo è che il proprio coniuge o amante sia infedele.

Tipo di persecuzione: Questo sottotipo si applica quando il tema centrale del delirio comporta la convinzione dell'individuo di essere oggetto di una cospirazione, ingannato, spiato, seguito, avvelenato oppure drogato, dolosamente calunniato, molestato, oppure ostacolato nel perseguimento di obiettivi a lungo termine.

Tipo somatico: Questo sottotipo si applica quando il tema centrale del delirio coinvolge le funzioni o le sensazioni corporee.

Tipo misto: Questo sottotipo si applica quando non predomina nessun tema delirante.

Tipo senza specificazione: Questo sottotipo si applica quando la convinzione delirante dominante non può essere chiaramente determinata oppure non viene descritta nei tipi specifici (per es., deliri di riferimento senza una componente persecutoria o di grandezza preminente).

Specificare se:

Con contenuto bizzarro: I deliri sono ritenuti bizzarri se sono chiaramente non plausibili, non comprensibili, e non sono derivati dalle comuni esperienze di vita (per es., la convinzione dell'individuo che un estraneo abbia rimosso i suoi organi interni sostituendoli con gli organi di qualcun altro senza lasciare ferite o cicatrici).

Specificare se:

I seguenti specificatori del decorso devono essere usati solo dopo 1 anno di durata del disturbo:

Primo episodio, attualmente in episodio acuto: Prima manifestazione del disturbo che soddisfa i criteri diagnostici che definiscono i sintomi e la durata. Un *episodio acuto* è un periodo di tempo in cui i criteri sintomatologici sono pienamente soddisfatti.

Primo episodio, attualmente in remissione parziale: La *remissione parziale* è un periodo di tempo durante il quale viene mantenuto un miglioramento dopo un precedente episodio e nel quale i criteri di definizione del disturbo sono soddisfatti solo parzialmente.

Primo episodio, attualmente in remissione completa: La *remissione completa* è un periodo di tempo successivo a un precedente episodio durante il quale non sono più presenti sintomi specifici del disturbo.

Episodi multipli, attualmente in episodio acuto

Episodi multipli, attualmente in remissione parziale

Episodi multipli, attualmente in remissione completa

Continuo: I sintomi che soddisfano pienamente i criteri diagnostici sintomatologici del disturbo sono rimasti per la maggior parte del decorso della malattia, con periodi di sintomi sottosoglia molto brevi rispetto al decorso complessivo.

Senza specificazione

Specificare la gravità attuale:

La gravità viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, compresi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi. Ognuno di questi sintomi può essere valutato per la sua gravità attuale (il livello più grave presente negli ultimi 7 giorni) su una scala a 5 punti che va da 0 (non presente) a 4 (presente e grave). (Si veda Dimensione della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico, nel capitolo "Scale di valutazione").

Nota: La diagnosi di disturbo delirante può essere posta senza usare questo specificatore di gravità.

Sottotipi

Nel *tipo erotomanico*, il tema centrale del delirio è che un'altra persona sia innamorata dell'individuo. La persona riguardo cui questa convinzione è sostenuta di solito appartiene a uno status più elevato (per es., un personaggio famoso o un superiore sul lavoro), ma può essere del tutto sconosciuta. Sono comuni i tentativi di entrare in contatto con l'oggetto del delirio. Nel *tipo di grandezza*, il tema centrale del delirio è la convinzione di possedere particolari doti o intuizioni oppure di avere fatto qualche importante scoperta. Meno comunemente, l'individuo può nutrire la convinzione delirante di avere una relazione speciale con un personaggio importante o di essere una persona importante (nel qual caso il personaggio reale può essere considerato come un impostore). I deliri di grandezza possono avere un contenuto religioso. Nel *tipo di gelosia*, il tema centrale del delirio è quello dell'infedeltà del partner. Questa convinzione a cui l'individuo arriva senza un motivo accertato, è fondata su deduzioni non corrette supportate da piccoli indizi interpretati come "evidenza" (per es., abiti in disordine). L'individuo con il delirio generalmente cerca il confronto con il coniuge o l'amante e tenta di intervenire contro l'infedeltà immaginata. Nel *tipo di persecuzione*, il tema centrale del delirio comporta la convinzione dell'individuo di essere oggetto di una cospirazione, o di essere ingannato, spiato, seguito, avvelenato, dolosamente calunniato, molestato, o ostacolato nel perseguimento di obiettivi a lungo termine. Piccoli sgarbi possono venire esagerati e diventare il fulcro di un sistema delirante. L'individuo con delirio di persecuzione può intraprendere ripetuti tentativi di ottenere soddisfazione delle sue istanze attraverso ricorsi e vie legali. Gli individui con deliri di persecuzione sono spesso carichi di risentimento e di rabbia e possono ricorrere alla violenza con coloro che ritengono stiano facendo loro del male. Nel *tipo somatico*, il tema centrale del delirio coinvolge le funzioni o le sensazioni corporee. I deliri somatici possono manifestarsi in diverse forme. I più comuni sono la convinzione di emanare un odore cattivo; di avere un'infestazione di insetti sulla o nella pelle; di avere un parassita interno; che certe parti del corpo siano deformi o sgradevoli; oppure che certe parti del corpo non siano funzionanti.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo delirante è la presenza di uno o più deliri che persistono per almeno 1 mese (Criterio A). Una diagnosi di disturbo delirante non viene formulata se l'individuo ha mostrato o mostra un quadro sintomatologico che soddisfa il Criterio A per la schizofrenia (Criterio B). A parte l'impatto diretto dei deliri, le compromissioni del funzionamento psicosociale possono essere più circoscritte di quelle osservate in altri disturbi psicotici come la schizofrenia, e il comportamento non è bizzarro o stravagante in modo evidente (Criterio C). Se concomitantemente ai deliri si manifestano episodi di alterazione dell'umore, la durata totale di questi episodi è breve rispetto alla durata totale dei periodi deliranti (Criterio D). I deliri non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., cocaina) o a un'altra condizione medica (per es., malattia di Alzheimer) e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, come il disturbo di dismorfismo corporeo o il disturbo ossessivo-compulsivo (Criterio E).

In aggiunta alle cinque aree di domini sintomatologici identificate nei criteri diagnostici, la valutazione dei domini sintomatologici di cognitività, depressione e mania è fondamentale al fine di porre distinzioni d'importanza critica tra i vari disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Dalle convinzioni deliranti del disturbo delirante possono derivare problemi sociali, coniugali o lavorativi. Gli individui con disturbo delirante possono essere in grado di descrivere di fatto che altri considerano le loro convinzioni come irrazionali, ma non sono in grado di condividere la critica altrui (cioè ci può essere consapevolezza dell'evidenza condivisa circa la natura irrazionale dei deliri, ma non vera consapevolezza di malattia e della natura psicopatologica del convincimento delirante). Molti individui sviluppano un umore irritabile o disforico, che può essere solitamente interpretato come una reazione alle convinzioni deliranti. Nei tipi di persecuzione, di gelosia ed erotomanico possono verificarsi rabbia e comportamento violento. L'individuo può adottare comportamenti queruli o di rivalsa (per es., spedire centinaia di lettere di protesta al governo). Possono presentarsi problemi legali, in particolare nel tipo di gelosia e nel tipo erotomanico.

Prevalenza

La prevalenza lifetime del disturbo delirante è stata stimata intorno allo 0,2%, e il sottotipo più frequente è quello di persecuzione. Il disturbo delirante di gelosia è probabilmente più comune nei maschi rispetto alle femmine, ma non vi sono differenze di genere significative nella frequenza complessiva del disturbo delirante.

Sviluppo e decorso

In media, il funzionamento globale è generalmente migliore di quello osservato nella schizofrenia. Nonostante la diagnosi sia generalmente stabile, una parte dei soggetti sviluppa nel tempo una sintomatologia che soddisfa i criteri diagnostici per la schizofrenia. Il disturbo delirante ha una significativa relazione familiare sia con la schizofrenia sia con il disturbo schizotipico di personalità. Nonostante esso possa verificarsi nelle fasce di età più giovani, la condizione può essere più prevalente in fasce di età più elevate.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

L'ambiente e la formazione culturale e religiosa dell'individuo devono essere tenuti in considerazione nel valutare la possibile presenza di un disturbo delirante. Il contenuto dei deliri varia anche tra i diversi contesti culturali.

Conseguenze funzionali del disturbo delirante

La compromissione funzionale è di solito più circoscritta rispetto a quella osservata in altri disturbi psicotici, anche se in alcuni casi la compromissione può essere consistente e comprendere uno scarso funzionamento lavorativo e isolamento sociale. Quando è presente uno scarso funzionamento psicosociale, sono le convinzioni deliranti stesse a giocare spesso un ruolo importante. Una caratteristica comune degli individui con disturbo delirante è l'apparente normalità del loro comportamento e del loro aspetto quando non si mettono in discussione le loro idee deliranti o non si interviene sulle stesse.

Diagnosi differenziale

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. Se un individuo con disturbo ossessivo-compulsivo è totalmente convinto che le sue convinzioni ascrivibili al disturbo ossessivo-compulsivo siano vere, allora dovrebbe essere posta la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo, con specificatore di insight assente/convinzioni deliranti, piuttosto che una diagnosi di disturbo delirante. Analogamente, se un individuo con disturbo di dismorfismo corporeo è totalmente convinto che le sue convinzioni ascrivibili al disturbo di dismorfismo corporeo sono vere, allora dovrebbe essere posta la diagnosi di disturbo di dismorfismo corporeo, con specificatore di insight assente/convinzioni deliranti, piuttosto che una diagnosi di disturbo delirante.

Delirium, disturbo neurocognitivo maggiore, disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica e disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci. Gli individui con questi disturbi possono manifestare sintomi che suggeriscono un disturbo delirante. Per esempio, semplici deliri di persecuzione nel contesto di un disturbo neurocognitivo maggiore dovrebbero esser diagnosticati come disturbo neurocognitivo maggiore, con alterazione comportamentale. Un disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci può essere identico nella sintomatologia a un'osservazione trasversale, ma può essere distinto da esso attraverso la relazione cronologica tra insorgenza e remissione delle convinzioni deliranti e l'uso delle sostanze.

Schizofrenia e disturbo schizofreniforme. Il disturbo delirante può essere distinto dalla schizofrenia e dal disturbo schizofreniforme sulla base dell'assenza degli altri sintomi caratteristici della fase attiva della schizofrenia.

Disturbi depressivi e bipolari e disturbo schizoaffettivo. Questi disturbi possono essere distinti dal disturbo delirante dalla relazione temporale tra l'alterazione dell'umore e i deliri e dalla gravità dei sintomi dell'umore. Se i deliri si verificano esclusivamente durante episodi di alterazione dell'umore, la diagnosi è di disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche. I sintomi dell'umore che soddisfano pienamente i criteri per un episodio dell'umore possono essere sovrapposti a un disturbo delirante. Il disturbo delirante può essere diagnosticato solo se la durata totale di tutti gli episodi rimane breve rispetto alla durata totale della condizione delirante. Diversamente, è appropriata una diagnosi di disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione e senza specificazione, accompagnata da disturbo depressivo con altra specificazione, disturbo depressivo senza specificazione, disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione, o disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione.

Disturbo psicotico breve 298.8 (F23)

Criteri diagnostici

A. Presenza di uno (o più) dei sintomi seguenti. Almeno uno di questi deve essere presente 1), 2) o 3):

1. Deliri.
2. Allucinazioni.
3. Eloquio disorganizzato (per es., frequente deragliamento o incoerenza).
4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.

Nota: Non comprendere un sintomo se è una risposta sancita dalla cultura di riferimento.

B. La durata di un episodio del disturbo è di almeno 1 giorno, ma meno di 1 mese, con successivo pieno ritorno al livello di funzionamento premorboso.

C. Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo depressivo maggiore o da un disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche oppure da un altro disturbo psicotico come schizofrenia o catatonia, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

Specificare se:

Con marcato/i fattore/i di stress (psicosi reattiva breve): Se i sintomi si verificano in risposta a eventi che, individualmente o globalmente, risulterebbero marcatamente stressanti per quasi tutti nell'ambito culturale dell'individuo, in circostanze simili.

Senza marcato/i fattore/i di stress: Se i sintomi non si verificano in risposta a eventi che, individualmente o globalmente, risulterebbero marcatamente stressanti per quasi tutti nell'ambito culturale dell'individuo, in circostanze simili.

Con esordio nel postpartum: Se l'esordio si presenta durante la gravidanza oppure entro 4 settimane dopo il parto.

Specificare se:

Con catatonia (per la definizione, fare riferimento ai criteri per la catatonia associata a un altro disturbo mentale, pp. 137-138).

Nota di codifica: Utilizzare il codice aggiuntivo 293.89 (F06.1) catatonia associata a disturbo psicotico breve per indicare la presenza di catatonia in comorbilità.

Specificare la gravità attuale:

La gravità viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, compresi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi. Ognuno di questi sintomi può essere valutato per la sua gravità attuale (il livello più grave presente negli ultimi 7 giorni)

su una scala a 5 punti che va da 0 (non presente) a 4 (presente e grave). (Si veda Dimensione della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico, nel capitolo "Scale di valutazione").

Nota: La diagnosi di disturbo psicotico breve può essere posta senza usare questo specificatore di gravità.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo psicotico breve è un disturbo che comporta l'esordio improvviso di almeno uno dei seguenti sintomi psicotici positivi: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato (per es., frequente deragliamento o incoerenza), o comportamento psicomotorio grossolanamente anormale, compresa la catatonia (Criterio A). L'*esordio improvviso* viene definito come un cambiamento da uno stato non psicotico a uno stato chiaramente psicotico entro 2 settimane, di solito senza un prodromo. Un episodio del disturbo dura almeno 1 giorno ma meno di 1 mese, e alla fine l'individuo ha un pieno ritorno al livello di funzionamento premorboso (Criterio B). Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo depressivo o da un disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche, da un disturbo schizoaffettivo, oppure dalla schizofrenia e non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., un allucinogeno) oppure a un'altra condizione medica (per es., ematoma subdurale) (Criterio C).

In aggiunta alle quattro aree di domini sintomatologici identificate nei criteri diagnostici, la valutazione dei domini sintomatologici di cognizione, depressione e mania è fondamentale al fine di porre distinzioni d'importanza critica tra i vari disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo psicotico breve tipicamente provano un tumulto emotivo o un senso di confusione soverchiante. Possono avere rapidi passaggi da un intenso stato affettivo a un altro. Benché il disturbo sia breve, il livello di compromissione può essere grave, e può essere richiesta assistenza e vigilanza per assicurare che siano soddisfatti i bisogni nutritivi e igienici dell'individuo e che egli sia protetto dalle conseguenze della scarsa capacità di giudizio, della compromissione cognitiva o da agiti su base delirante. Sembra essere presente un aumento del rischio di comportamento suicidario, in particolare durante l'episodio acuto.

Prevalenza

Negli Stati Uniti, il disturbo psicotico breve può spiegare il 9% di casi di esordio di psicosi. I disturbi psicotici che soddisfano i Criteri A e C, ma non il Criterio B per il disturbo psicotico breve (cioè la durata dei sintomi attivi è di 1-6 mesi in contrasto con remissione entro 1 mese) sono più comuni nei paesi in via di sviluppo rispetto ai paesi sviluppati. Il disturbo psicotico breve è due volte più comune nelle femmine rispetto ai maschi.

Sviluppo e decorso

Il disturbo psicotico breve può manifestarsi anche nell'adolescenza o nella prima età adulta, e l'esordio può verificarsi durante l'intero corso della vita, con un'età media di esordio intorno alla metà della quarta decade. Per definizione, una diagnosi di disturbo psicotico breve richiede una remissione completa di tutti i sintomi e un successivo completo ritorno al livello di funzionamento premorboso entro 1 mese dall'esordio del disturbo. In certi individui, la durata dei sintomi psicotici può essere assai breve (per es., alcuni giorni).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Disturbi e tratti di personalità preesistenti (per es., disturbo schizotipico di personalità; disturbo borderline di personalità; oppure tratti dell'ambito dello psicoticismo, come la disregolazione percettiva, e dell'ambito dell'affettività negativa, come la sospettosità) possono predisporre l'individuo allo sviluppo del disturbo.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

È importante distinguere i sintomi del disturbo psicotico breve da modalità di risposte sancite dalla cultura di riferimento. Per esempio, in alcune cerimonie religiose, un individuo può riferire di sentire delle voci, ma queste in genere non persistono e non sono percepite come anormali dalla maggior parte dei membri della comunità di appartenenza. Bisogna inoltre tenere conto del background culturale e religioso anche quando si valuta se determinati convincimenti siano deliranti.

Conseguenze funzionali del disturbo psicotico breve

Nonostante alti tassi di ricaduta, per la maggior parte degli individui l'esito in termini di funzionamento sociale e sintomatologia è eccellente.

Diagnosi differenziale

Altre condizioni mediche. Una varietà di disturbi medici può manifestarsi con sintomi psicotici di breve durata. Il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica oppure un delirium viene diagnosticato quando vi sono evidenze dalla storia, dall'esame obiettivo, oppure dagli esami di laboratorio che i deliri o le allucinazioni sono la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica specifica (per es., Morbo di Cushing, tumore cerebrale) (si veda "Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica" più avanti in questo capitolo).

Disturbi correlati a sostanze. Il disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci, il delirium indotto da sostanze/farmaci e l'intossicazione da sostanze sono distinti dal disturbo psicotico breve per il fatto che una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco, l'esposizione a una tossina) è giudicata essere correlata eziologicamente ai sintomi psicotici (si veda "Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci" più avanti in questo capitolo). Esami di laboratorio, come uno screening delle sostanze di abuso presenti nelle urine oppure il livello di alcolemia, possono essere utili per la diagnosi differenziale, così come un'attenta anamnesi circa l'uso di sostanze raccolta con particolare attenzione alle relazioni temporali tra l'assunzione di sostanze e l'esordio dei sintomi e alla natura della sostanza utilizzata.

Disturbi depressivi e bipolari. La diagnosi di disturbo psicotico breve non può essere posta se i sintomi psicotici sono meglio spiegati da un episodio dell'umore (cioè i sintomi psicotici si verificano esclusivamente durante un episodio depressivo maggiore pieno, maniacale o misto).

Altri disturbi psicotici. Se i sintomi psicotici persistono per 1 mese o più, la diagnosi è o di disturbo schizofreniforme, disturbo delirante, disturbo depressivo con caratteristiche psicotiche, disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche, oppure di disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza

specificazione, sulla base della manifestazione degli altri sintomi. La diagnosi differenziale tra disturbo psicotico breve e disturbo schizofreniforme è difficile quando i sintomi psicotici si sono risolti prima di 1 mese in risposta a un trattamento farmacologico efficace. Particolare attenzione dovrebbe essere data alla possibilità che un disturbo ricorrente (per es., disturbo bipolare, esacerbazioni acute ricorrenti della schizofrenia) possa essere responsabile di alcuni episodi psicotici ricorrenti.

Simulazione di malattia e disturbi fittizi. Un episodio di disturbo fittizio, con segni e sintomi psicologici predominanti, può apparentemente somigliare a un disturbo psicotico breve, ma in tali casi vi è evidenza che i sintomi sono prodotti intenzionalmente. Quando la simulazione comporta sintomi apparentemente psicotici, vi è di solito evidenza che la malattia viene simulata per uno scopo comprensibile.

Disturbi di personalità. In certi individui con disturbi di personalità, fattori stressanti psicosociali possono precipitare brevi periodi di sintomi psicotici. Questi sintomi di solito sono transitori e non giustificano una diagnosi separata. Se i sintomi psicotici persistono per almeno 1 giorno, una diagnosi aggiuntiva di disturbo psicotico breve può essere appropriata.

Disturbo schizofreniforme 295.40 (F20.81)

Criteri diagnostici

A. Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte di tempo significativa durante un periodo di 1 mese (o meno se trattati con successo). Almeno uno di questi sintomi deve essere 1), 2) o 3):

1. Deliri.
2. Allucinazioni.
3. Eloquio disorganizzato (per es., frequente deragliamento o incoerenza).
4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
5. Sintomi negativi (cioè diminuzione dell'espressione delle emozioni o abulia).

B. Un episodio del disturbo dura almeno 1 mese ma meno di 6 mesi. Quando la diagnosi deve essere posta senza attendere il recupero completo, dovrebbe essere qualificata come "provvisoria".

C. Il disturbo schizoaffettivo, il disturbo depressivo e il disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche sono stati esclusi perché 1) non si sono verificati episodi depressivi maggiori o maniacali in concomitanza con la fase attiva dei sintomi, oppure 2) se gli episodi di alterazione dell'umore si sono verificati durante la fase attiva dei sintomi, essi si sono manifestati per una parte minoritaria della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

D. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

Specificare se:

Con caratteristiche prognostiche favorevoli: Questo specificatore richiede la presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche: esordio di sintomi psicotici rilevanti entro 4 settimane dal primo cambiamento osservabile nel comportamento abituale o nel funzionamento; confusione o perplessità; buon funzionamento sociale e lavorativo premorboso; e assenza di ottundimento o appiattimento affettivo.

Senza caratteristiche prognostiche favorevoli: Questo specificatore si applica se due o più delle caratteristiche di cui sopra non si sono manifestate.

Specificare se:

Con catatonia (per la definizione, fare riferimento ai criteri per la catatonia associata a un altro disturbo mentale, pp. 137-138).

Nota di codifica: Utilizzare il codice aggiuntivo 293.89 (F06.1) catatonia associata a disturbo schizofreniforme per indicare la presenza di catatonia in comorbilità.

Specificare la gravità attuale:

La gravità viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, compresi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi. Ognuno di questi sintomi può essere valutato per la sua gravità attuale (il livello più grave presente negli ultimi 7 giorni) su una scala a 5 punti che va da 0 (non presente) a 4 (presente e grave). (Si veda Dimensione della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico, nel capitolo "Scale di valutazione").

Nota: La diagnosi di disturbo schizofreniforme può essere posta senza usare questo specificatore di gravità.

Nota: Per ulteriori informazioni su "Caratteristiche associate a supporto della diagnosi", "Sviluppo e decorso" (fattori correlati all'età), "Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza", "Aspetti diagnostici correlati al genere", "Diagnosi differenziale" e "Comorbilità", si vedano le sezioni corrispondenti nella schizofrenia.

Caratteristiche diagnostiche

I sintomi caratteristici del disturbo schizofreniforme sono identici a quelli della schizofrenia (Criterio A). Il disturbo schizofreniforme si distingue per la differenza di durata: la durata totale della malattia (comprese le fasi prodromica, attiva e residua) è almeno di 1 mese, ma meno di 6 mesi (Criterio B). La durata richiesta per il disturbo schizofreniforme è intermedia fra quella del disturbo psicotico breve, che dura più di 1 giorno e si risolve in 1 mese, e quella della schizofrenia, che dura almeno 6 mesi. La diagnosi di disturbo schizofreniforme viene posta a due condizioni: 1) quando un episodio di malattia dura da 1 a 6 mesi e l'individuo ha già mostrato un recupero completo, e 2) quando un individuo è sintomatico per una durata inferiore ai 6 mesi richiesti per la diagnosi, ma non ha ancora mostrato un recupero completo. In questo caso la diagnosi dovrebbe essere codificata come "disturbo schizofreniforme (provvisorio)" perché non è certo se l'individuo avrà un recupero completo dal disturbo entro il periodo di 6 mesi. Se il disturbo persiste oltre i 6 mesi, la diagnosi dovrebbe essere modificata in schizofrenia.

Un'altra caratteristica che distingue il disturbo schizofreniforme è la mancanza di un criterio che richiede la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. Anche se tali compromissioni possono essere potenzialmente presenti, non sono necessarie per una diagnosi di disturbo schizofreniforme.

In aggiunta alle cinque aree di domini sintomatologici identificate nei criteri diagnostici, la valutazione dei domini sintomatologici di cognitività, depressione e mania è fondamentale al fine di porre distinzioni d'importanza critica tra i vari disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Come nella schizofrenia, non sono al momento disponibili esami di laboratorio o test psicometrici per il disturbo schizofreniforme. Vi sono molteplici regioni cerebrali in cui la ricerca con neuroimaging, le ricerche neuropatologica, neurofisiologica e di neuroimaging hanno indicato anomalie, ma nessuna è diagnostica.

Prevalenza

L'incidenza del disturbo schizofreniforme tra diversi contesti socioculturali è probabilmente simile a quella osservata nella schizofrenia. Negli Stati Uniti e in altri paesi sviluppati, l'incidenza è bassa, forse cinque volte inferiore a quella della schizofrenia. Nei paesi in via di sviluppo l'incidenza può essere più alta, soprattutto per lo specificatore "Con caratteristiche prognostiche favorevoli"; in alcuni di questi contesti il disturbo schizofreniforme può essere comune come la schizofrenia.

Sviluppo e decorso

Lo sviluppo del disturbo schizofreniforme è simile a quello della schizofrenia. Circa un terzo degli individui con una diagnosi iniziale di disturbo schizofreniforme (provvisoria) hanno un recupero completo entro il periodo di 6 mesi e il disturbo schizofreniforme è la loro diagnosi finale. La maggioranza dei rimanenti due terzi di individui riceverà alla fine una diagnosi di schizofrenia o di disturbo schizoaffettivo.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Parenti di individui con disturbo schizofreniforme hanno un rischio aumentato per la schizofrenia.

Conseguenze funzionali del disturbo schizofreniforme

Per la maggioranza degli individui con disturbo schizofreniforme che alla fine ricevono una diagnosi di schizofrenia o di disturbo schizoaffettivo, le conseguenze funzionali sono simili alle conseguenze di questi disturbi. La maggior parte degli individui mostra un malfunzionamento in diverse aree del funzionamento quotidiano, come la scuola o il lavoro, le relazioni interpersonali e la cura di sé. Gli individui che hanno un recupero completo dal disturbo schizofreniforme presentano esiti funzionali migliori.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi mentali e condizioni mediche. Un'ampia varietà di condizioni mediche e mentali possono manifestarsi con sintomi psicotici che devono essere considerati nella diagnosi differenziale del disturbo schizofreniforme. Queste comprendono il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica oppure al suo trattamento; delirium o disturbo neurocognitivo maggiore; disturbo psicotico o delirium indotto da sostanze/farmaci; disturbo depressivo o disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche; disturbo schizoaffettivo; disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione e senza specificazione; disturbo depressivo o disturbo bipolare con caratteristiche catatoniche; schizofrenia; disturbo psicotico breve; disturbo delirante; disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione e senza specificazione; disturbi di personalità schizotipico, schizoide o paranoide; disturbo dello spettro dell'autismo; disturbi che si manifestano nell'infanzia con eloquio disorganizzato; disturbo da deficit di attenzione/iperattività; disturbo ossessivo-compulsivo; disturbo da stress post-traumatico; e danno cerebrale da trauma.

Poiché i criteri diagnostici per il disturbo schizofreniforme e la schizofrenia differiscono principalmente nella durata della malattia, la discussione della diagnosi differenziale della schizofrenia si applica anche al disturbo schizofreniforme.

Disturbo psicotico breve. Il disturbo schizofreniforme differisce nella durata dal disturbo psicotico breve, che ha una durata inferiore a 1 mese.

Schizofrenia 295.90 (F20.9)

Criteri diagnostici

A. Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte di tempo significativa durante un periodo di 1 mese (o meno se trattati efficacemente). Almeno uno di questi sintomi deve essere 1), 2) o 3):

1. Deliri.
2. Allucinazioni.
3. Eloquio disorganizzato (per es., frequente deragliamento o incoerenza).
4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
5. Sintomi negativi (cioè diminuzione dell'espressione delle emozioni o abulia).

B. Per una significativa parte di tempo dall'esordio del disturbo, il livello del funzionamento in una o più delle aree principali, come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé, è marcatamente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio (oppure quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta l'incapacità di raggiungere il livello atteso di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo).

C. Segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve comprendere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati efficacemente) che soddisfano il Criterio A (cioè fase attiva dei sintomi), e può comprendere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere evidenziati soltanto da sintomi negativi oppure da due o più sintomi elencati nel Criterio A presenti in forma attenuata (per es., convinzioni stravaganti, esperienze percettive inusuali).

D. Il disturbo schizoaffettivo e il disturbo depressivo o il disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche sono stati esclusi perché 1) non si sono verificati episodi depressivi maggiori o maniacali in concomitanza con la fase attiva dei sintomi, oppure 2) se si sono verificati episodi di alterazione dell'umore durante la fase attiva dei sintomi, essi si sono manifestati per una parte minoritaria della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

E. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

F. Se c'è una storia di disturbo dello spettro dell'autismo o di disturbo della comunicazione a esordio infantile, la diagnosi aggiuntiva di schizofrenia viene posta soltanto se sono presenti per almeno 1 mese (o meno se trattati efficacemente) allucinazioni o deliri preminenti, in aggiunta agli altri sintomi richiesti della schizofrenia.

Specificare se:

I seguenti specificatori del decorso devono essere utilizzati solo dopo 1 anno di durata del disturbo e se non sono in contraddizione con i criteri diagnostici di decorso.

Primo episodio, attualmente in episodio acuto: Prima manifestazione del disturbo che soddisfa i criteri diagnostici che definiscono i sintomi e la durata. Un *episodio acuto* è un periodo di tempo in cui i criteri sintomatologici sono soddisfatti.

Primo episodio, attualmente in remissione parziale: La *remissione parziale* è un periodo di tempo durante il quale viene mantenuto un miglioramento dopo un precedente episodio e in cui i criteri che definiscono il disturbo sono soddisfatti solo parzialmente.

Primo episodio, attualmente in remissione completa: La *remissione completa* è un periodo di tempo successivo a un precedente episodio durante il quale non sono più presenti sintomi specifici del disturbo.

Episodi multipli, attualmente in episodio acuto: Gli episodi multipli possono essere determinati da un minimo di due episodi (cioè dopo un primo episodio, una remissione e almeno una ricaduta).

Episodi multipli, attualmente in remissione parziale

Episodi multipli, attualmente in remissione completa

Continuo: I sintomi che soddisfano i criteri diagnostici dei sintomi del disturbo sono rimasti per la maggior parte del decorso della malattia, con periodi di sintomi sottosoglia che sono stati molto brevi rispetto al decorso complessivo.

Senza specificazione

Specificare se:

Con catatonia (per la definizione, fare riferimento ai criteri per la catatonia associata a un altro disturbo mentale, pp. 137-138).

Nota di codifica: Utilizzare il codice aggiuntivo 293.89 (F06.1) catatonia associata a schizofrenia per indicare la presenza di catatonia in comorbilità.

Specificare la gravità attuale:

La gravità viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, compresi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi. Ognuno di questi sintomi può essere valutato per la sua gravità attuale (il livello più grave presente negli ultimi 7 giorni) su una scala a 5 punti che va da 0 (non presente) a 4 (presente e grave). (Si veda Dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico, nel capitolo "Scale di valutazione".)

Nota: La diagnosi di schizofrenia può essere posta senza utilizzare questo specificatore di gravità.

Caratteristiche diagnostiche

I sintomi caratteristici della schizofrenia comportano una gamma di disfunzioni cognitive, comportamentali ed emotive, ma nessun sintomo considerato singolarmente è patognomonico del disturbo. La diagnosi comporta il riconoscimento di una costellazione di segni e sintomi associati alla compromissione del funzionamento lavorativo o sociale. Gli individui con il disturbo mostreranno manifestazioni molto variabili nella maggior parte delle caratteristiche, dato che la schizofrenia è una sindrome clinica eterogenea.

Durante un periodo di 1 mese o più devono essere presenti almeno due sintomi del Criterio A per una parte di tempo significativa. Almeno uno di questi sintomi deve essere la presenza evidente di deliri (Criterio A1), allucinazioni (Criterio A2) o eloquio disorganizzato (Criterio A3).

Possono essere anche presenti comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico (Criterio A4) e sintomi negativi (Criterio A5). Nelle situazioni in cui la fase attiva dei sintomi si risolve entro un mese in risposta al trattamento, il Criterio A continua a essere soddisfatto se il clinico ritiene che avrebbero continuato a persistere in assenza di trattamento.

La schizofrenia comporta una compromissione in una o più delle aree principali del funzionamento (Criterio B). Se il disturbo comincia nell'infanzia o nell'adolescenza, non viene raggiunto il livello di funzionamento atteso. Può essere utile confrontare l'individuo con fratelli e sorelle non affetti. La disfunzione persiste per un periodo consistente durante il decorso del disturbo e non sembra essere il risultato diretto di alcuna delle singole caratteristiche. L'abulia (cioè una diminuita spinta a perseguire il comportamento, Criterio A5) è collegata alla disfunzione sociale descritta dal Criterio B. Vi è anche

la forte evidenza di una relazione tra la compromissione cognitiva (si veda la sezione "Caratteristiche associate a supporto della diagnosi" per questo disturbo) e la compromissione funzionale negli individui affetti da schizofrenia.

Certi segni del disturbo devono persistere per un periodo ininterrotto di almeno 6 mesi (Criterio C). Sintomi prodromici spesso precedono la fase attiva, e sintomi residui la possono seguire e sono caratterizzati da forme di allucinazioni o deliri lievi o sottosoglia. Gli individui possono esprimere una varietà di convinzioni insolite o stravaganti che non sono di qualità delirante (per es., idee di riferimento o pensiero magico); possono avere esperienze percettive insolite (per es., percepire la presenza di una persona invisibile); il loro eloquio può essere generalmente comprensibile ma vago; e il loro comportamento può essere inusuale ma non grossolanamente disorganizzato (per es., borbottare in pubblico). I sintomi negativi sono comuni nelle fasi prodromiche e residue e possono essere gravi. Individui che sono stati socialmente attivi possono diventare ritirati rispetto alle precedenti abitudini. Tali comportamenti sono spesso il primo segno di un disturbo.

I sintomi e gli episodi di alterazione dell'umore pieni sono comuni nella schizofrenia e possono essere concomitanti con la fase attiva della sintomatologia. Tuttavia, in quanto distinta da un disturbo psicotico dell'umore, una diagnosi di schizofrenia richiede la presenza di deliri o allucinazioni in assenza di episodi di alterazione dell'umore. Inoltre, tali episodi, presi nella totalità, dovrebbero essere presenti solo per una parte minoritaria della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

In aggiunta alle cinque aree di domini sintomatologici identificate nei criteri diagnostici, la valutazione dei domini sintomatologici di cognitività, depressione e mania è fondamentale al fine di porre distinzioni d'importanza critica tra i vari disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui affetti da schizofrenia possono mostrare un'affettività inadeguata (per es., ridere in assenza di uno stimolo adeguato); un umore disforico che può prendere la forma della depressione, dell'ansia o della rabbia; un ritmo sonno/veglia disturbato (per es., dormire durante il giorno ed essere in attività di notte); e mancanza di interesse per l'alimentazione o rifiuto del cibo. Possono verificarsi depersonalizzazione, derealizzazione, preoccupazioni somatiche che possono a volte raggiungere intensità delirante. Ansia e fobie sono comuni. I deficit cognitivi nella schizofrenia sono comuni e sono fortemente collegati a compromissioni funzionali e professionali. Questi deficit possono comprendere diminuzioni nella memoria dichiarativa, nella memoria di lavoro, nelle funzioni linguistiche e in altre funzioni esecutive, così come una velocità di elaborazione più lenta.

Sono state riscontrate anche anomalie nell'elaborazione sensoriale e nella capacità inibitoria, così come riduzioni dell'attenzione. Alcuni individui affetti da schizofrenia mostrano deficit nella cognizione sociale, compresi i deficit nella capacità di inferire le intenzioni di altre persone (teoria della mente), e possono interpretare eventi o stimoli irrilevanti come significativi, fatto che può condurre alla strutturazione di idee deliranti esplicative dell'esperienza vissuta. Questi deficit persistono frequentemente durante la remissione sintomatologica.

Alcuni individui con psicosi possono mancare di "insight" o di consapevolezza del proprio disturbo (cioè anosognosia). Questa mancanza di "insight" comprende la non consapevolezza dei sintomi della schizofrenia e può essere presente per l'intero decorso della malattia. La non consapevolezza della malattia è tipicamente un sintomo della

schizofrenia stessa piuttosto che una strategia di "coping". È paragonabile alla mancanza di consapevolezza dei deficit neurologici che seguono un danno cerebrale, definita *anosognosia*. Questo sintomo è il fattore predittivo più comune di una non aderenza al trattamento, ma anche di maggiori tassi di ricaduta, di un maggior numero di trattamenti obbligatori, di un peggiore funzionamento psicosociale, di aggressività e di un peggiore decorso della malattia.

L'ostilità e l'aggressività possono essere associate alla schizofrenia, anche se le aggressioni spontanee o casuali non sono comuni. L'aggressività è più frequente nei maschi giovani e negli individui con una storia pregressa di violenza, di non aderenza al trattamento, di abuso di sostanze e di impulsività. Va osservato che la grande maggioranza di persone affette da schizofrenia non sono aggressive e sono, al contrario, più frequentemente oggetto di maltrattamenti rispetto agli individui nella popolazione generale.

Al momento, non vi sono esami di laboratorio, test radiologici o psicometrici per il disturbo. Tra persone affette da schizofrenia e individui sani sono apprezzabili differenze in molte regioni cerebrali, comprese nelle evidenze provenienti da studi di neuroimaging, di neuropatologia e di neurofisiologia. Le differenze sono evidenti anche nell'architettura cellulare, nella connettività della sostanza bianca, e nel volume della sostanza grigia in una varietà di regioni come le cortecce prefrontali e temporali. È stata osservata una riduzione complessiva del volume cerebrale, così come un aumento della riduzione del volume cerebrale osservabile con l'età. Le riduzioni di volume cerebrale osservabili con l'età sono più pronunciate negli individui affetti da schizofrenia rispetto agli individui sani. Infine, gli individui affetti da schizofrenia sembrano differire dagli individui senza il disturbo per quanto riguarda i movimenti oculari di "inseguimento" e negli indici elettrofisiologici.

Segni neurologici sfumati (i cosiddetti *neurological soft signs*) comuni in individui affetti da schizofrenia comprendono compromissioni nella coordinazione motoria, nell'integrazione sensoriale e della sequenza motoria di movimenti complessi; confusione tra sinistra e destra; e disinibizione di movimenti associati. In aggiunta, possono verificarsi anomalie fisiche minori del viso e degli arti.

Prevalenza

La prevalenza lifetime della schizofrenia sembra essere circa lo 0,3-0,7%, sebbene sia riportata una variabilità del tasso tra razze/etnie, tra i paesi, e per origine geografica negli immigrati e nei figli di immigrati. Il rapporto di genere differisce tra i campioni e le popolazioni: per esempio, ove si ritrovi un'enfasi particolare sulla presenza di sintomi negativi e una più lunga durata di malattia (associati a un esito peggiore) si osservano tassi di incidenza più alti nei maschi, mentre le definizioni che permettono l'inclusione di più sintomi dell'umore e manifestazioni brevi (associati a un esito migliore) mostrano rischi equivalenti per entrambi i sessi.

Sviluppo e decorso

Le manifestazioni psicotiche della schizofrenia emergono tipicamente tra la tarda adolescenza e la metà della quarta decade di vita; l'esordio prima dell'adolescenza è raro. Il picco dell'età di esordio del primo episodio psicotico è nella prima metà della terza decade per i maschi e verso la fine della terza decade nelle femmine. L'esordio può essere improvviso o insidioso, ma la maggioranza degli individui manifesta un lento e graduale sviluppo di una varietà di segni e sintomi clinicamente significativi. La metà di questi individui lamenta sintomi depressivi. Un'età di esordio precoce è stata tradizionalmente considerata come un fattore predittivo di prognosi peggiore. Tuttavia, l'effetto dell'età di esordio è probabilmente correlato al genere, con i maschi che hanno un peggiore adattamento premorboso, un rendimento scolastico inferiore, sintomi negativi e compromissione cognitiva più rilevanti, e in generale un esito peggiore. La compromissione cognitiva è comune, e alterazioni cognitive sono presenti durante lo sviluppo e precedono la comparsa della psicosi, prendendo la forma di compromissioni cognitive stabili durante l'età adulta. Le compromissioni cognitive possono persistere quando altri sintomi sono in remissione e contribuiscono alla disabilità associata alla malattia.

I fattori predittivi di decorso e di esito sono in gran parte sconosciuti, e il decorso e l'esito non possono essere predetti in modo attendibile. Il decorso sembra essere favorevole in circa il 20% di individui affetti da schizofrenia, e in un piccolo numero di individui è stata riportata una completa guarigione. Tuttavia, la maggior parte degli individui affetti da schizofrenia richiede ancora supporto quotidiano, strutturato o meno, e molti mantengono uno stato di malattia cronica, con esacerbazioni e remissioni dei sintomi attivi, mentre altri hanno un decorso di deterioramento progressivo.

I sintomi psicotici tendono a diminuire nel corso della vita, forse in associazione con il normale declino correlato all'età dell'attività dopaminergica. I sintomi negativi sono più strettamente correlati alla prognosi rispetto ai sintomi positivi e tendono a essere i più persistenti. Inoltre, i deficit cognitivi associati alla malattia possono non migliorare durante il decorso della malattia.

Le caratteristiche essenziali della schizofrenia sono le stesse in età infantile, ma è più difficile porre la diagnosi. Nei bambini, i deliri e le allucinazioni possono essere meno elaborati rispetto agli adulti, e le allucinazioni visive sono più comuni e dovrebbero essere distinte dal normale gioco di fantasia. L'eloquio disorganizzato si osserva in molti disturbi a esordio infantile (per es., disturbo dello spettro dell'autismo), così come il comportamento disorganizzato (per es., disturbo da deficit di attenzione/iperattività). Questi sintomi non dovrebbero essere attribuiti alla schizofrenia senza la dovuta considerazione dei disturbi più comuni nell'infanzia. I casi di esordio infantile tendono ad assomigliare ai casi degli adulti con esito peggiore, con esordio graduale e sintomi negativi preminenti. I bambini che ricevono successivamente la diagnosi di schizofrenia hanno una maggiore probabilità di avere manifestato in precedenza disturbi emotivo-comportamentali e psicopatologici non specifici, alterazioni intellettive e del linguaggio, e ritardi motori sfumati.

I casi di esordio tardivo (cioè esordio dopo i 40 anni) sono sovrarappresentati tra le femmine, che possono essersi sposate. Spesso, il decorso è caratterizzato da una predominanza di sintomi psicotici con la conservazione del funzionamento affettivo e sociale. Tali casi di esordio tardivo possono ancora soddisfare i criteri diagnostici per la schizofrenia, ma non è ancora chiaro se questa sia la stessa condizione della schizofrenia diagnosticata prima della mezza età (per es., prima dei 55 anni).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. L'incidenza della schizofrenia è stata collegata alla stagione di nascita: tardo inverno/inizio primavera in alcune località ed estate nella forma deficitaria della malattia. L'incidenza della schizofrenia e dei disturbi correlati è più alta nei bambini che crescono in un ambiente urbano e in alcune minoranze etniche.

Fattori genetici e fisiologici. Vi è un forte contributo da parte di fattori genetici nel determinare il rischio di schizofrenia, anche se la maggior parte degli individui che hanno avuto una diagnosi di schizofrenia non hanno una storia familiare di psicosi. La responsabilità viene attribuita a uno spettro di alleli di rischio, comuni e rari, con ciascun allele che contribuisce solo per una piccola frazione della varianza totale di popolazione. Gli

alleli di rischio identificati finora sono associati anche ad altri disturbi mentali, compresi disturbo bipolare, depressione e disturbo dello spettro dell'autismo.

Complicazioni in gravidanza e alla nascita con ipossia, ed età paterna avanzata, sono associate a un più alto rischio di schizofrenia per il feto che si sta sviluppando. Inoltre, altre condizioni avverse prenatali e perinatali, compresi stress, infezione, malnutrizione, diabete materno, e altre problematiche mediche, sono state collegate alla schizofrenia. Tuttavia, la stragrande maggioranza di individui nati con questi fattori di rischio non sviluppa schizofrenia.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Fattori culturali e socioeconomici devono essere considerati, in particolare quando l'individuo e il clinico non condividono lo stesso background culturale e socioeconomico. Idee che sembrano deliranti in una cultura (per es., arti magiche) possono essere comunemente diffuse in un'altra. In certe culture, allucinazioni visive o uditive con un contenuto religioso (per es., sentire la voce di Dio) rappresentano una parte normale dell'esperienza religiosa. Inoltre, la valutazione dell'eloquio disorganizzato può essere resa difficile dalle varianti linguistiche degli stili narrativi nelle diverse culture. La valutazione dell'affettività richiede sensibilità alle differenze negli stili di espressione delle emozioni, di contatto visivo e linguaggio del corpo, che variano tra culture diverse. Se la valutazione viene condotta in una lingua differente dalla lingua madre dell'individuo, bisogna avere molta cura nell'assicurarsi che l'alogia non sia correlata a barriere linguistiche. In certe culture, il disagio può prendere la forma di allucinazioni o pseudoallucinazioni e idee sopravvalutate che possono manifestarsi in modo clinicamente simile alla psicosi vera ma sono corrispondenti alla norma nel sottogruppo di appartenenza del paziente.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Un certo numero di caratteristiche distingue la manifestazione clinica della schizofrenia nelle femmine e nei maschi. L'incidenza generale della schizofrenia tende a essere leggermente inferiore nelle femmine, in particolare tra i casi trattati. Nelle femmine l'età di esordio è più tardiva, con un secondo picco nella mezza età come descritto in precedenza (si veda la sezione "Sviluppo e decorso" per questo disturbo). I sintomi tendono ad avere una maggiore carica affettiva nelle femmine, e sono presenti più sintomi psicotici, così come una maggiore propensione al peggioramento dei sintomi psicotici nell'età avanzata. Altre differenze di sintomi comprendono una minore frequenza di sintomi negativi e di disorganizzazione.

Infine, il funzionamento sociale tende a rimanere meglio conservato nelle femmine. Vi sono, tuttavia, frequenti eccezioni a queste precisazioni di ordine generale.

Rischio di suicidio

Circa il 5-6% degli individui affetti da schizofrenia muore per suicidio, circa il 20% tenta il suicidio in una o più occasioni, e molti in più hanno un'importante ideazione suicidaria. Il comportamento suicidario a volte è una risposta ad allucinazioni che comandano di far del male a se stessi o ad altri.

Il rischio di suicidio rimane alto durante l'intero arco di vita sia per i maschi sia per le femmine, anche se può essere particolarmente alto per maschi più giovani con uso di sostanze in comorbilità. Altri fattori di rischio comprendono sintomi depressivi o sentimenti di disperazione e l'essere disoccupati, e il rischio è maggiore, inoltre, nel periodo successivo a un episodio psicotico o a una dimissione ospedaliera.

Conseguenze funzionali della schizofrenia

La schizofrenia è associata a un significativo malfunzionamento sociale e lavorativo. L'avanzamento negli studi e il mantenimento dell'occupazione sono spesso compromessi dall'abulia o da altre manifestazioni del disturbo, anche se le capacità cognitive sono sufficienti per i compiti richiesti. La maggior parte degli individui ha un'occupazione a un livello inferiore rispetto ai loro genitori, e la maggior parte, in particolare gli uomini, non si sposano e hanno contatti sociali limitati al di fuori della loro famiglia.

Diagnosi differenziale

Disturbo depressivo maggiore o disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche o catatoniche. La distinzione tra schizofrenia e disturbo depressivo maggiore o disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche o con catatonia dipende dalla relazione temporale tra il disturbo dell'umore e la psicosi, e dalla gravità dei sintomi depressivi o maniacali. Se i deliri o le allucinazioni si verificano esclusivamente durante un episodio depressivo maggiore o maniacale, la diagnosi è di disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche.

Disturbo schizoaffettivo. Una diagnosi di disturbo schizoaffettivo richiede che un episodio depressivo maggiore o maniacale si verifichi in concomitanza con la fase attiva dei sintomi e che i sintomi dell'umore siano presenti per la maggior parte della durata totale dei periodi attivi.

Disturbo schizofreniforme e disturbo psicotico breve. Questi disturbi sono di durata inferiore rispetto alla schizofrenia come specificato nel Criterio C, che richiede 6 mesi di sintomi. Nel disturbo schizofreniforme, il disturbo è presente per meno di 6 mesi, e nel disturbo psicotico breve, i sintomi sono presenti per almeno 1 giorno ma meno di 1 mese.

Disturbo delirante. Il disturbo delirante può essere distinto dalla schizofrenia per l'assenza di altri sintomi caratteristici della schizofrenia (per es., allucinazioni visive o uditive preminenti, eloquio disorganizzato, comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico, sintomi negativi).

Disturbo schizotipico di personalità. Il disturbo schizotipico di personalità può essere distinto dalla schizofrenia per i sintomi sottosoglia che sono associati a caratteristiche di personalità persistenti.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo di dismorfismo corporeo. Individui con disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo di dismorfismo corporeo possono manifestare un insight scarso o assente, e le preoccupazioni possono raggiungere intensità deliranti. Ma questi disturbi sono distinti dalla schizofrenia dalle preminenti ossessioni, compulsioni, preoccupazioni circa l'aspetto o l'odore del corpo, dall'accumulo, o comportamenti ripetitivi incentrati sul corpo.

Disturbo da stress post-traumatico. Il disturbo da stress post-traumatico può comprendere fenomeni di "flashback" che si presentano con qualità allucinatoria e l'ipervigilanza può raggiungere intensità di livello paranoicale. Ma per porre la diagnosi sono richiesti un evento traumatico e manifestazioni caratteristiche di sintomi relativi al rivivere o al reagire all'evento.

Disturbo dello spettro dell'autismo o disturbi della comunicazione. Questi disturbi possono anche avere sintomi che assomigliano a un episodio psicotico, ma sono distinti dai loro rispettivi deficit nell'interazione sociale con comportamenti ripetitivi e limita-

ti e altri deficit cognitivi e di comunicazione. Un individuo con disturbo dello spettro dell'autismo o con disturbo della comunicazione, al fine di avere una diagnosi di schizofrenia come condizione in comorbilità, deve avere sintomi che soddisfano pienamente i criteri per la schizofrenia, con allucinazioni rilevanti o deliri per almeno 1 mese.

Altri disturbi mentali associati a un episodio psicotico. La diagnosi di schizofrenia viene posta solo quando l'episodio psicotico è persistente e non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica. Gli individui con un delirium o con un disturbo neurocognitivo maggiore o minore possono manifestare sintomi psicotici, ma questi avrebbero una relazione temporale con l'esordio dei cambiamenti cognitivi coerenti con questi disturbi. Individui con disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci possono manifestare sintomi caratteristici del Criterio A per la schizofrenia, ma il disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci di solito può essere distinto per la relazione cronologica dell'uso di sostanze con l'insorgenza della psicosi e dell'assenza dell'uso di sostanze con la sua remissione.

Comorbilità

I tassi di comorbilità con i disturbi correlati a sostanze sono alti nella schizofrenia. Oltre la metà degli individui affetti da schizofrenia hanno un disturbo da uso di tabacco e fumano regolarmente sigarette. Nella schizofrenia si riconosce in modo sempre più crescente la comorbilità con i disturbi d'ansia. I tassi di disturbo ossessivo-compulsivo e di disturbo di panico sono alti negli individui affetti da schizofrenia in confronto alla popolazione generale. Il disturbo schizotipico di personalità o paranoide può a volte precedere l'insorgenza della schizofrenia.

L'aspettativa di vita è ridotta negli individui affetti da schizofrenia a causa delle condizioni mediche associate. Aumento di peso, diabete, sindrome metabolica e malattie cardiovascolari e polmonari sono più comuni nella schizofrenia rispetto alla popolazione generale. Uno scarso coinvolgimento in comportamenti di mantenimento della salute (per es., screening per il cancro, esercizio fisico) aumenta il rischio di malattia cronica, ma anche altri fattori legati alla presenza del disturbo, compresi farmaci, stile di vita, fumo di sigaretta e dieta possono giocare un ruolo. Una vulnerabilità condivisa tra psicosi e disturbi medici può spiegare alcune delle comorbilità mediche della schizofrenia.

Disturbo schizoaffettivo

Criteri diagnostici

A. Un periodo ininterrotto di malattia durante il quale è presente un episodio dell'umore maggiore (depressivo maggiore o maniacale) in concomitanza con il Criterio A della schizofrenia.

Nota: L'episodio depressivo maggiore deve comprendere il Criterio A1: umore depresso.

B. Deliri o allucinazioni per 2 settimane o più in assenza di un episodio dell'umore maggiore (depressivo o maniacale) durante la durata lifetime della malattia.

C. I sintomi che soddisfano i criteri per un episodio dell'umore maggiore sono presenti per la maggior parte della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

D. Il disturbo non è attribuibile agli effetti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

Specificare quale:

295.70 (F25.0) Tipo bipolare: Questo sottotipo si applica se le manifestazioni cliniche includono un episodio maniacale. Possono verificarsi anche episodi depressivi maggiori.

295.70 (F25.1) Tipo depressivo: Questo sottotipo si applica solamente se le manifestazioni cliniche includono solo episodi depressivi maggiori.

Specificare se:

Con catatonia (per la definizione, fare riferimento ai criteri per la catatonia associata a un altro disturbo mentale, pp. 137-138).

Nota di codifica: Utilizzare il codice aggiuntivo 293.89 (F06.1) catatonia associata a disturbo schizoaffettivo per indicare la presenza di catatonia in comorbilità.

Specificare se:

I seguenti specificatori del decorso devono essere usati solo dopo 1 anno di durata del disturbo e se non sono in contraddizione con i criteri diagnostici del decorso.

Primo episodio, attualmente in episodio acuto: Prima manifestazione del disturbo che soddisfa i criteri diagnostici che definiscono i sintomi e la durata. Un *episodio acuto* è un periodo di tempo in cui i criteri sintomatologici sono soddisfatti.

Primo episodio, attualmente in remissione parziale: La *remissione parziale* è un periodo di tempo durante il quale viene mantenuto un miglioramento dopo un precedente episodio e in cui i criteri di definizione del disturbo sono soddisfatti solo parzialmente.

Primo episodio, attualmente in remissione completa: La *remissione completa* è un periodo di tempo successivo a un precedente episodio durante il quale non sono più presenti sintomi specifici del disturbo.

Episodi multipli, attualmente in episodio acuto: La definizione di "episodi multipli" può essere applicata dopo un minimo di due episodi (cioè, dopo un primo episodio, una remissione e almeno una ricaduta).

Episodi multipli, attualmente in remissione parziale

Episodi multipli, attualmente in remissione completa

Continuo: I sintomi che soddisfano i criteri diagnostici sintomatologici del disturbo permangono per la maggior parte del decorso della malattia, con periodi di sintomi sottosoglia molto brevi rispetto al decorso complessivo.

Senza specificazione

Specificare la gravità attuale:

La gravità viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, compresi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi. Ognuno di questi sintomi può essere valutato per la sua gravità attuale (il livello più grave presente negli ultimi 7 giorni) su una scala a 5 punti che va da 0 (non presente) a 4 (presente e grave). (Si veda Dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico, nel capitolo "Scale di valutazione".)

Nota: La diagnosi di disturbo schizoaffettivo può essere posta senza usare questo specificatore di gravità.

Nota: Per ulteriori informazioni su "Sviluppo e decorso" (fattori correlati all'età), "Fattori di rischio e prognosi" (fattori di rischio ambientali), "Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza" e "Aspetti diagnostici correlati al genere", si vedano le sezioni corrispondenti nella schizofrenia, nel disturbo bipolare I e II, e nel disturbo depressivo maggiore nei rispettivi capitoli.

Caratteristiche diagnostiche

La diagnosi di disturbo schizoaffettivo si basa sulla valutazione di un periodo ininterrotto di malattia durante il quale l'individuo continua a mostrare sintomi attivi o residui della malattia psicotica. La diagnosi, di solito, ma non necessariamente, viene posta durante il periodo di malattia psicotica. In qualche momento, durante il periodo, deve essere soddisfatto il Criterio A per la schizofrenia. I Criteri B (malfunzionamento sociale) e F (esclusione del disturbo dello spettro dell'autismo o altro disturbo della comunicazione a esordio infantile) della schizofrenia non devono essere soddisfatti. Oltre a soddisfare il Criterio A della schizofrenia, è presente un episodio dell'umore maggiore (depressivo maggiore o maniacale) (Criterio A del disturbo schizoaffettivo).

Poiché la perdita di interesse o piacere è comune nella schizofrenia, per soddisfare il Criterio A del disturbo schizoaffettivo, l'episodio depressivo maggiore deve comprendere umore depresso pervasivo (cioè non è sufficiente la presenza di una marcata riduzione di interesse o piacere). Gli episodi di depressione o di mania sono presenti per la maggior parte della durata totale della malattia (cioè dopo esser stato soddisfatto il Criterio A) (Criterio C del disturbo schizoaffettivo). Per tenere distinto il disturbo schizoaffettivo da un disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche, devono essere presenti deliri o allucinazioni per almeno 2 settimane in assenza di un episodio dell'umore maggiore (depressivo o maniacale) in un periodo all'interno dell'intera durata lifetime della malattia (Criterio B del disturbo schizoaffettivo). I sintomi non devono essere attribuibili agli effetti di una sostanza o a un'altra condizione medica (Criterio D del disturbo schizoaffettivo).

Il Criterio C del disturbo schizoaffettivo specifica che i sintomi dell'umore che soddisfano i criteri per un episodio dell'umore maggiore devono essere presenti per la maggior parte della durata totale della fase attiva e residua della malattia. Il Criterio C richiede la valutazione dei sintomi dell'umore per l'intero decorso della malattia psicotica, che differisce dal criterio del DSM-IV, che richiedeva solo una valutazione del periodo attuale di malattia. Se i sintomi dell'umore sono presenti solo per un periodo di tempo relativamente breve, la diagnosi è schizofrenia, non disturbo schizoaffettivo. Per stabilire se il quadro clinico di un individuo soddisfa il Criterio C, il clinico dovrebbe riesaminare la durata totale della malattia psicotica (cioè sintomi attivi e sintomi residui) e determinare quando sintomi dell'umore significativi (non trattati o che necessitano un trattamento con un farmaco antidepressivo e/o stabilizzatore dell'umore) hanno accompagnato i sintomi psicotici. Questa decisione richiede sufficienti informazioni anamnestiche e giudizio clinico. Per esempio, un individuo con una storia di 4 anni di sintomi attivi e residui di schizofrenia sviluppa episodi depressivi e maniacali che, considerati nel loro insieme, non occupano più di 1 anno durante i 4 anni di storia della malattia psicotica. Questa manifestazione non soddisferebbe il Criterio C.

In aggiunta alle quattro aree di domini sintomatologici identificate nei criteri diagnostici, la valutazione dei domini sintomatologici di cognitività, depressione e mania è fondamentale al fine di porre distinzioni d'importanza critica tra i vari disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il funzionamento lavorativo è frequentemente compromesso, ma questo non è un criterio di definizione (al contrario della schizofrenia). Un contatto sociale limitato e difficoltà nella cura di sé sono associati al disturbo schizoaffettivo, ma i sintomi negativi possono essere meno gravi e meno persistenti rispetto a quelli osservati nella schizofrenia. L'anosognosia (cioè scarso insight) è comune anche nel disturbo schizoaffettivo, ma i deficit di insight possono essere meno gravi e pervasivi di quelli della schizofrenia. Gli individui con disturbo schizoaffettivo possono essere a maggiore rischio di sviluppare successivi episodi di disturbo depressivo maggiore oppure di disturbo bipolare se i sintomi dell'umore continuano a seguito della remissione dei sintomi che soddisfano il Criterio A della schizofrenia. Possono essere associati disturbo da uso di alcol e altri disturbi correlati a sostanze.

Non vi sono test o esiti di misure biologiche che possono aiutare a porre la diagnosi di disturbo schizoaffettivo. Non è chiaro se il disturbo schizoaffettivo differisca dalla schizofrenia per quanto riguarda caratteristiche associate come anomalie cerebrali funzionali o strutturali, deficit cognitivi, oppure fattori di rischio genetici.

Prevalenza

Il disturbo schizoaffettivo sembra essere comune quanto circa un terzo della schizofrenia. La prevalenza del disturbo schizoaffettivo lifetime è stimata essere dello 0,3 %. L'incidenza del disturbo schizoaffettivo è più alta nelle femmine rispetto ai maschi, principalmente in conseguenza di una maggiore incidenza del tipo depressivo tra le femmine.

Sviluppo e decorso

L'età tipica di insorgenza del disturbo schizoaffettivo è la prima età adulta, benché l'esordio possa verificarsi in qualunque momento della vita, dall'adolescenza alle età più avanzate. Un significativo numero di individui inizialmente diagnosticati con un altro disturbo psicotico riceveranno successivamente la diagnosi di disturbo schizoaffettivo quando il pattern di episodi di alterazione dell'umore è diventato più evidente. Con l'attuale Criterio diagnostico C, è prevedibile che la diagnosi per alcuni individui si convertirà da disturbo schizoaffettivo a un altro disturbo nell'evenienza in cui i sintomi dell'umore diventino meno rilevanti. La prognosi per il disturbo schizoaffettivo è in qualche modo migliore rispetto alla prognosi per la schizofrenia ma peggiore della prognosi per i disturbi dell'umore.

Il disturbo schizoaffettivo può manifestarsi secondo una varietà di pattern temporali. Il seguente è un pattern tipico: un individuo può presentare un'importante sintomatologia allucinatoria e deliri di persecuzione per 2 mesi prima dell'esordio di un episodio depressivo maggiore preminente. I sintomi psicotici e l'episodio depressivo maggiore pieno sono allora presenti per 3 mesi. Poi l'individuo si ristabilisce completamente dall'episodio depressivo maggiore, ma i sintomi psicotici persistono per un altro mese prima di scomparire a loro volta. Durante questo periodo di malattia, i sintomi dell'individuo soddisfano contemporaneamente i criteri per un'episodio depressivo maggiore e il Criterio A per la schizofrenia, e durante questo stesso periodo di malattia, le allucinazioni uditive e i deliri erano entrambi presenti prima e dopo la fase depressiva. Il periodo totale di malattia è durato circa 6 mesi, con sintomi psicotici presenti da soli durante i 2 mesi iniziali, con sintomi depressivi e psicotici presenti entrambi nei successivi 3 mesi, e con sintomi psicotici presenti da soli durante l'ultimo mese.

In questo caso, la durata dell'episodio depressivo non è stata breve relativamente alla durata totale del disturbo psicotico, e così la manifestazione ha i requisiti per una diagnosi di disturbo schizoaffettivo.

L'espressione dei sintomi psicotici lifetime è variabile. Sintomi depressivi o maniacali possono verificarsi prima dell'esordio della psicosi, durante episodi psicotici acuti, durante periodi residui, e dopo la cessazione della psicosi. Per esempio, un individuo potrebbe manifestare sintomi dell'umore rilevanti durante la fase prodromica della schizofrenia. Questo pattern non è necessariamente indicativo del disturbo schizoaffettivo, poiché è la concomitanza di sintomi psicotici e dell'umore a essere diagnostica. In un individuo con sintomi che soddisfano in modo evidente i criteri per il disturbo schizoaffettivo ma che nel successivo follow-up manifesta solo sintomi psicotici residui (come psicosi sottosoglia e/o sintomi negativi rilevanti), la diagnosi può essere cambiata in schizofrenia, dato che la proporzione complessiva di malattia psicotica diviene maggiore rispetto a quella occupata da sintomi dell'umore. Il disturbo schizoaffettivo, tipo bipolare, può essere più comune negli adulti giovani, mentre il disturbo schizoaffettivo, tipo depressivo, può essere più comune negli adulti più anziani.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Tra gli individui affetti da schizofrenia, può esservi un aumento del rischio di disturbo schizoaffettivo nei parenti di primo grado. Il rischio per il disturbo schizoaffettivo può essere aumentato tra gli individui che hanno un parente di primo grado affetto da schizofrenia, disturbo bipolare, oppure disturbo schizoaffettivo.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Fattori culturali e socioeconomici devono essere considerati, in particolare quando l'individuo e il clinico non condividono lo stesso background culturale e socioeconomico. Idee che sembrano essere deliranti in una cultura (per es., arti magiche) possono essere comunemente diffuse in un'altra. Vi sono anche alcune evidenze dalla letteratura sulla sovradiagnosi della schizofrenia rispetto al disturbo schizoaffettivo nelle popolazioni afroamericane e ispaniche, quindi bisogna avere molta cura nell'assicurare una valutazione culturalmente appropriata che comprenda sia i sintomi psicotici sia quelli affettivi.

Rischio di suicidio

Il rischio lifetime di suicidio nella schizofrenia e nel disturbo schizoaffettivo è del 5%, e la presenza di sintomi depressivi è correlata a un maggiore rischio di suicidio. Vi è evidenza che i tassi di suicidio di individui affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo sono più alti nelle popolazioni nordamericane rispetto a quelle europee, a quelle dell'Europa dell'Est, a quelle sudamericane e indiane.

Conseguenze funzionali del disturbo schizoaffettivo

Il disturbo schizoaffettivo è associato a malfunzionamento sociale e lavorativo, ma il malfunzionamento non è un criterio diagnostico (come invece lo è per la schizofrenia), e si osserva una sostanziale variabilità di funzionamento tra diversi individui con diagnosi di disturbo schizoaffettivo.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi mentali e altre condizioni mediche. Una grande varietà di condizioni psichiatriche e mediche possono manifestarsi con sintomi psicotici e dell'umore e devono essere considerate nella diagnosi differenziale del disturbo schizoaffettivo. Queste

comprendono: il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica; delirium; disturbo neurocognitivo maggiore; disturbo psicotico o disturbo neurocognitivo indotto da sostanze/farmaci; disturbi bipolari con caratteristiche psicotiche; disturbi depressivi o bipolari con caratteristiche catatoniche; disturbo depressivo maggiore con caratteristiche psicotiche; disturbo schizotipico di personalità, schizoide o paranoide; disturbo psicotico breve; disturbo schizofreniforme; schizofrenia; disturbo delirante; e disturbo dello spettro della schizofrenia con altra specificazione e senza specificazione e altri disturbi psicotici. Le condizioni mediche e l'uso di sostanze possono manifestarsi con una combinazione di sintomi psicotici e dell'umore, e quindi il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica deve essere escluso. È spesso difficile distinguere il disturbo schizoaffettivo dalla schizofrenia e da disturbi depressivi e bipolari con caratteristiche psicotiche. Il Criterio C è strutturato per distinguere il disturbo schizoaffettivo dalla schizofrenia, e il Criterio B è strutturato per distinguere il disturbo schizoaffettivo da un disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche. Più specificamente, il disturbo schizoaffettivo può essere distinto da un disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche dalla presenza di deliri rilevanti e/o allucinazioni per almeno 2 settimane in assenza di un episodio dell'umore maggiore. Al contrario, nei disturbi depressivi o bipolari con caratteristiche psicotiche, le caratteristiche psicotiche si verificano principalmente durante l'episodio/gli episodi di alterazione dell'umore. Dal momento che la proporzione relativa dei sintomi riguardanti l'umore rispetto a quelli psicotici può cambiare nel tempo, la diagnosi appropriata può cambiare da e in disturbo schizoaffettivo (per es., una diagnosi di disturbo schizoaffettivo per un grave e rilevante episodio depressivo maggiore che dura 3 mesi durante i primi 6 mesi di una malattia psicotica persistente dovrebbe essere modificata in schizofrenia se i sintomi psicotici attivi o residui importanti persistono per diversi anni senza la ricomparsa di un altro episodio dell'umore).

Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica. Altre condizioni mediche e l'uso di sostanze possono manifestarsi con una combinazione di sintomi psicotici e dell'umore, e quindi il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica necessita di essere escluso.

Schizofrenia, disturbi bipolari e depressivi. È spesso difficile distinguere il disturbo schizoaffettivo dalla schizofrenia e da disturbi depressivi e bipolari con caratteristiche psicotiche. Il Criterio C è strutturato per distinguere il disturbo schizoaffettivo dalla schizofrenia, e il Criterio B è strutturato per distinguere il disturbo schizoaffettivo da un disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche. Più specificamente, il disturbo schizoaffettivo può essere distinto da un disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche sulla base della presenza di deliri rilevanti e/o allucinazioni per almeno due settimane in assenza di un episodio dell'umore maggiore. Al contrario, nei disturbi depressivi o bipolari con caratteristiche psicotiche, le caratteristiche psicotiche si verificano principalmente durante l'episodio/gli episodi di alterazione dell'umore. Dal momento che la proporzione relativa dei sintomi riguardanti l'umore rispetto a quelli psicotici può cambiare nel tempo, la diagnosi appropriata può cambiare da e in disturbo schizoaffettivo. (Per es., una diagnosi di disturbo schizoaffettivo per un grave e prevalente episodio depressivo maggiore che dura 3 mesi durante i primi 6 mesi di malattia psicotica persistente dovrebbe essere modificata in schizofrenia se i sintomi psicotici attivi o residui importanti persistono per diversi anni senza la ricomparsa di un altro episodio dell'umore.)

Comorbilità

A molti individui con diagnosi di disturbo schizoaffettivo vengono anche diagnosticati altri disturbi mentali, soprattutto disturbi da uso di sostanze e disturbi d'ansia. Analogamente, l'incidenza di condizioni mediche è aumentata, al di sopra del tasso di base della popolazione generale, con la conseguenza di un'aspettativa di vita ridotta.

Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci

Criteri diagnostici

A. Presenza di uno o entrambi dei seguenti sintomi:

1. Deliri.
2. Allucinazioni.

B. Vi è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo o da riscontri di laboratorio di entrambe le condizioni 1) e 2):

1. I sintomi del Criterio A si sono sviluppati durante o poco dopo l'intossicazione o l'astinenza da sostanze oppure successivamente all'esposizione a un farmaco.
2. La sostanza/farmaco coinvolta/o è in grado di produrre i sintomi di cui al Criterio A.

C. Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo psicotico che non è indotto da sostanze/farmaci. Il tipo di evidenza di un disturbo psicotico indipendente potrebbe comprendere ciò che segue:

I sintomi hanno preceduto l'esordio dell'uso di sostanze/farmaci; i sintomi persistono per un consistente periodo di tempo (per es., circa 1 mese) dopo la cessazione dell'astinenza acuta o di una grave intossicazione; oppure vi sono altre evidenze di un disturbo psicotico indipendente non indotto da sostanze/farmaci (per es., una storia di episodi ricorrenti non correlati a sostanze/farmaci).

D. Il disturbo non si verifica esclusivamente nel corso di un delirium.

E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota: Questa diagnosi dovrebbe essere posta in luogo di una diagnosi di intossicazione da sostanze o di astinenza da sostanze solo quando i sintomi di cui al Criterio A predominano nel quadro clinico e quando sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica.

Nota di codifica: I codici ICD-9-CM e ICD-10-CM per i disturbi psicotici indotti da [specifica sostanza/farmaco] sono indicati nella tabella sottostante. Da notare che i codici ICD-10-CM dipendono dalla presenza/assenza di un disturbo da uso di sostanze in comorbilità per la stessa classe di sostanze. Se un disturbo da uso di sostanze lieve è in comorbilità con il disturbo psicotico indotto da sostanze, la codifica nella 4ª posizione è "1" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] lieve" prima del disturbo psicotico indotto da sostanze (per es., "disturbo da uso di cocaina lieve con disturbo psicotico indotto da cocaina"). Se un disturbo da uso di sostanze moderato o grave è in comorbilità con il disturbo psicotico indotto da sostanze, la codifica nella 4ª posizione è "2" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso [di sostanza] moderato", o "disturbo da uso di [sostanza] grave", in base alla gravità del disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Se non vi è comorbilità con un disturbo da uso di sostanze (per es., dopo l'uso pesante di una sostanza, avvenuto una sola volta), allora la codifica nella 4ª posizione è "9" e il clinico dovrebbe registrare solo il disturbo psicotico indotto da sostanze.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Con disturbo da uso, lieve	Con disturbo da uso, moderato o grave	Senza disturbo da uso
Alcol	291.9	F10.159	F10.259	F10.959
Cannabis	292.9	F12.159	F12.259	F12.959
Fenciclidina	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Altri allucinogeni	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Inalanti	292.9	F18.159	F18.259	F18.959
Sedativi, ipnotici o ansiolitici	292.9	F13.159	F13.259	F13.959
Amfetamine (o altri stimolanti)	292.9	F15.159	F15.259	F15.959
Cocaina	292.9	F14.159	F14.259	F14.959
Altre (o sconosciute) sostanze	292.9	F19.159	F19.259	F19.959

Specificare se (si veda Tabella 1 nel capitolo "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction" per la diagnosi associata alla classe di sostanze):

Con esordio durante l'intossicazione: Se risultano soddisfatti i criteri per l'intossicazione con la sostanza e i sintomi si sviluppano durante l'intossicazione.

Con esordio durante l'astinenza: Se risultano soddisfatti i criteri per l'astinenza dalla sostanza, e i sintomi si sviluppano durante, o poco dopo, l'astinenza.

Specificare la gravità attuale:

La gravità viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, tra cui deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale, e sintomi negativi. Ognuno di questi sintomi può essere valutato per la sua gravità attuale (il livello più grave presente negli ultimi 7 giorni) su una scala a 5 punti che va da 0 (non presente) a 4 (presente e grave). (Si veda Dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico, nel capitolo "Scale di valutazione".)

Nota: La diagnosi di disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci può essere fatta senza usare questo specificatore di gravità.

Procedure di registrazione

ICD-9-CM. La denominazione del disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., cocaina, desametasone) che si presume essere la causa dei deliri o delle allucinazioni. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella compresa nel set di criteri diagnostici, che è basata sulla classe di sostanze. Per sostanze che non rientrano in nessuna delle classi (per es., desametasone), dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze"; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

La denominazione del disturbo è seguita dalla specificazione di esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza). A differenza delle procedure di registrazione dell'ICD-10-CM, che combina il disturbo indotto da sostanze e il disturbo da uso di sostanze all'interno di un unico codice, nell'ICD-9-CM viene assegnato un co-

dice diagnostico distinto per il disturbo da uso di sostanze. Per esempio, nel caso di deliri che si verificano durante l'intossicazione in un uomo con un grave disturbo da uso di cocaina, la diagnosi è 292.9 disturbo psicotico indotto da cocaina, con esordio durante l'intossicazione. Viene inoltre assegnata una diagnosi aggiuntiva di 304.20 grave disturbo da uso di cocaina. Quando si giudica che più di una sostanza giochi un ruolo significativo nello sviluppo dei sintomi psicotici, ognuna dovrebbe essere elencata separatamente (per es., 292.9 disturbo psicotico indotto da cannabis, con esordio durante l'intossicazione, con grave disturbo da uso di cannabis; 292.9 disturbo psicotico indotto da fenciclidina, con esordio durante l'intossicazione, con lieve disturbo da uso di fenciclidina).

ICD-10-CM. La denominazione del disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., cocaina, desametasone) che si presume essere la causa dei deliri o delle allucinazioni. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella compresa nel set di criteri diagnostici, che è basata sulla classe di sostanze e sulla presenza o assenza di un disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Per sostanze che non rientrano in nessuna delle classi (per es., desametasone), dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze" senza comorbilità con uso di sostanze; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta" senza comorbilità con uso di sostanze.

Quando si registra la denominazione del disturbo, il disturbo da uso di sostanze in comorbilità (se presente) viene elencato per primo, seguito dalla parola "con", seguito dalla denominazione del disturbo psicotico indotto da sostanze, seguito dalla specificazione dell'esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza). Per esempio, nel caso di deliri che si verificano durante l'intossicazione in un uomo con grave disturbo da uso di cocaina, la diagnosi è F14.259 grave disturbo da uso di cocaina con disturbo psicotico indotto da cocaina, con esordio durante l'intossicazione. Non viene assegnata una diagnosi separata per il grave disturbo da uso di cocaina in comorbilità. Se il disturbo psicotico indotto da sostanze si verifica senza un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., dopo l'uso pesante di una sostanza, avvenuto una sola volta), non viene annotato nessun disturbo da uso di sostanze in associazione (per es., F16.959 disturbo psicotico indotto da fenciclidina, con esordio durante l'intossicazione). Quando si ritiene che più di una sostanza giochi un ruolo significativo nello sviluppo dei sintomi psicotici, ciascuna dovrebbe essere elencata separatamente (per es., F12.259 grave disturbo da uso di cannabis con disturbo psicotico indotto da cannabis, con esordio durante l'intossicazione; F16.159 lieve disturbo da uso di fenciclidina, con disturbo psicotico indotto da fenciclidina, con esordio durante l'intossicazione).

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche essenziali del disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci sono allucinazioni e/o deliri rilevanti (Criterio A) che si giudica siano dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza/farmaco (cioè una sostanza di abuso, un farmaco, o l'esposizione a una tossina) (Criterio B). Le allucinazioni che l'individuo riconosce essere indotte da sostanze/farmaci non sono qui comprese e dovrebbero invece essere diagnosticate come intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze con lo specificatore di accompagnamento "con alterazioni percettive" (si applica all'astinenza da alcol; intossicazione da cannabis; astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici; e intossicazione da stimolanti).

Un disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci si distingue da un disturbo psicotico primario considerando l'insorgenza, il decorso e altri fattori. Per le sostanze di abuso, ci deve essere evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo, o da riscontri di laboratorio dell'uso di sostanze, di intossicazione, o di astinenza. I disturbi psicotici indotti da sostanze/farmaci insorgono durante o poco dopo l'esposizione a un farmaco oppure in seguito all'intossicazione o all'astinenza da sostanze, ma possono persistere per settimane, mentre i disturbi psicotici primari possono precedere l'esordio dell'uso di sostanze/farmaci o possono verificarsi durante periodi di astinenza prolungata. Una volta iniziati, i sintomi psicotici possono continuare tanto a lungo quanto continua l'uso di sostanze/farmaci. Un'altra considerazione è la presenza di caratteristiche che sono atipiche per un disturbo psicotico primario (per es., età di esordio o decorso atipici). Per esempio, la comparsa di deliri ex novo in una persona superiore ai 35 anni di età senza una storia conosciuta di un disturbo psicotico primario dovrebbe suggerire la possibilità di un disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci. Persino una storia pregressa di un disturbo psicotico primario non esclude la possibilità di un disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci. Al contrario, i fattori che indicano che i sintomi psicotici sono meglio spiegati da un disturbo psicotico primario comprendono la persistenza di sintomi psicotici per un consistente periodo di tempo (cioè 1 mese o più) dopo la fine di un'intossicazione da sostanze o di un'astinenza acuta da sostanze oppure in seguito alla cessazione dell'uso di un farmaco; o una storia di precedenti disturbi psicotici primari ricorrenti. Devono essere considerate altre cause di sintomi psicotici anche in un individuo con intossicazione o astinenza da sostanze, perché i problemi da uso di sostanze non sono infrequenti anche fra individui con disturbi psicotici non indotti da sostanze/farmaci.

In aggiunta alle cinque aree di domini sintomatologici identificate nei criteri diagnostici, la valutazione dei domini sintomatologici di cognitività, depressione e mania è fondamentale al fine di porre distinzioni d'importanza critica tra i vari disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Disturbi psicotici possono verificarsi in associazione a intossicazione con le seguenti classi di sostanze: alcol; cannabis; allucinogeni, compresi fenciclidina e sostanze correlate; inalanti; sedativi, ipnotici e ansiolitici; stimolanti (compresa cocaina); e altre (o sconosciute) sostanze. Disturbi psicotici possono verificarsi in associazione ad astinenza dalle seguenti classi di sostanze: alcol; sedativi, ipnotici e ansiolitici; e altre (o sconosciute) sostanze.

Tra i farmaci riportati provocare sintomi psicotici sono compresi anestetici e analgesici, agenti anticolinergici, farmaci anticonvulsivanti, antistaminici, antipertensivi e farmaci cardiovascolari, farmaci antibatterici, farmaci antiparkinsoniani, agenti chemioterapici (per es., ciclosporina, procarbazina), farmaci corticosteroidi, gastrointestinali, miorilassanti, farmaci antinfiammatori non steroidei, altri farmaci da banco (per es., fenilefrina, pseudoefedrina), farmaci antidepressivi e disulfiram. Tra le tossine riportate provocare sintomi psicotici sono compresi anticolinesterasici, insetticidi organofosforici, sarin e altri gas nervini, monossido di carbonio, anidride carbonica, e sostanze volatili come benzina o vernici.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci nella popolazione generale è sconosciuta. Tra il 7 e il 25% di individui che manifestano un primo episodio di psicosi nei vari contesti viene riportato avere un disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci.

Sviluppo e decorso

L'inizio del disturbo può variare in modo considerevole in relazione alla sostanza. Per esempio, fumare una dose elevata di cocaina può produrre una psicosi entro alcuni minuti, mentre possono essere necessari giorni o settimane di uso di dosi elevate di alcol o sedativi per produrre una psicosi. Il disturbo psicotico indotto da alcol, con allucinazioni, di solito si verifica soltanto dopo l'assunzione prolungata e quantitativamente importante di alcol in individui che hanno un disturbo da uso di alcol da moderato a grave, e le allucinazioni sono generalmente di natura uditiva.

Disturbi psicotici indotti da amfetamine e cocaina condividono caratteristiche cliniche simili. Poco dopo l'uso di amfetamine o di agenti simpaticomimetici dotati di simili attività farmacodinamiche, possono rapidamente svilupparsi deliri di persecuzione. Le allucinazioni riguardanti cimici o parassiti che strisciano sulla o sotto la pelle (formicolii) possono causare lesioni da grattamento o estese escoriazioni della pelle.

Il disturbo psicotico indotto da cannabis può svilupparsi poco dopo l'uso di cannabis a dosi elevate, e di solito comporta deliri di persecuzione, ansia marcata, labilità emotiva e depersonalizzazione. Il disturbo di solito si risolve entro 1 giorno ma in alcuni casi può persistere per alcuni giorni.

Il disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci può a volte persistere quando l'agente causale viene rimosso, cosicché può essere inizialmente difficile distinguerlo da un disturbo psicotico indipendente. È stato riportato che agenti come amfetamine, fenciclidina e cocaina provocano stati psicotici temporanei che possono a volte persistere per settimane o più, nonostante la rimozione dell'agente e il trattamento con farmaci neurolettici. In età più avanzata, una polifarmacoterapia per condizioni mediche e l'esposizione a farmaci per parkinsonismo, per malattie cardiovascolari e altri disturbi medici può essere associato a una maggiore probabilità di psicosi indotta da farmaci prescritti rispetto a quella di psicosi indotta da sostanze di abuso.

Marker diagnostici

Con sostanze di cui sono disponibili dosaggi ematici pertinenti (per es., livello di alcol nel sangue, altri livelli ematici quantificabili come la digossina), la presenza di un dosaggio coerente con la tossicità può aumentare la certezza diagnostica.

Conseguenze funzionali del disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci

Il disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci è tipicamente gravemente disabilitante e di conseguenza viene osservato più frequentemente in pronto soccorso, in quanto gli individui vengono spesso condotti nel contesto dell'urgenza/emergenza quando esso si verifica. Tuttavia, la disabilità è tipicamente autolimitata e si risolve con la rimozione dell'agente causale.

Diagnosi differenziale

Intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze. Gli individui con intossicazioni da stimolanti, cannabis, l'oppiaceo meperidina, o fenciclidina, o quelli in astinenza da alcol o sedativi, possono provare percezioni alterate che riconoscono come effetti della sostanza di abuso. Se l'esame di realtà per queste esperienze rimane integro (cioè l'individuo riconosce che la percezione è indotta dalla sostanza, e non l'asseconda, né reagisce di conseguenza), la diagnosi non è di disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci. Invece, viene diagnosticata intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze, con alterazioni percettive (per es., intossicazione da cocaina con alterazioni percettive). Le allucinazioni a "flashback" che si possono verificare molto tempo dopo avere interrotto l'uso di allucinogeni vengono diagnosticate come disturbo percettivo persistente da allucinogeni. Se i sintomi psicotici indotti da sostanze/farmaci si verificano esclusivamente nel corso di un delirium, come nelle forme gravi di astinenza da alcol, i sintomi psicotici sono considerati una caratteristica associata del delirium, e non vengono diagnosticati separatamente. I deliri nel contesto di un disturbo neurocognitivo maggiore o lieve saranno diagnosticati come disturbo neurocognitivo maggiore o lieve con alterazione comportamentale.

Disturbo psicotico primario. Un disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci è distinto da un disturbo psicotico primario, come la schizofrenia, il disturbo schizoaffettivo, il disturbo delirante, il disturbo psicotico breve, il disturbo dello spettro della schizofrenia con altra specificazione e altri disturbi psicotici o il disturbo dello spettro della schizofrenia senza specificazione e altri disturbi psicotici, per il fatto che si giudica una sostanza come eziologicamente correlata ai sintomi.

Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica. Un disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci dovuto a un trattamento prescritto per una condizione mentale o medica deve avere il suo esordio mentre l'individuo sta assumendo il farmaco (o durante l'astinenza, se vi è una sindrome da astinenza associata al farmaco). Poiché gli individui con condizioni mediche spesso assumono farmaci per quelle condizioni, il clinico deve considerare la possibilità che i sintomi psicotici siano causati dalle conseguenze fisiologiche della condizione medica piuttosto che dal farmaco, nel qual caso viene diagnosticato un disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica. La storia spesso fornisce i dati di base per formulare un tale giudizio. A volte può essere necessario un cambiamento nel trattamento della condizione medica (per es., sostituzione o sospensione del farmaco) per determinare empiricamente se, per quell'individuo, il farmaco sia o meno l'agente causale. Se il clinico ha accertato che il disturbo è attribuibile sia a una condizione medica sia all'uso di sostanze/farmaci, possono essere poste entrambe le diagnosi (cioè disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica e disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci).

Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica

Criteri diagnostici

A. Preminenti deliri o allucinazioni.

B. Vi è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo o dai riscontri di laboratorio che il disturbo è la conseguenza patofisiologica diretta di un'altra condizione medica.

C. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

D. Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium.

E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare quale:

Il codice si basa sul sintomo predominante:

293.81 (F06.2) Con deliri: Se i deliri sono il sintomo predominante.

293.82 (F06.0) Con allucinazioni: Se le allucinazioni sono il sintomo predominante.

Nota di codifica: Comprendere la denominazione dell'altra condizione medica nella denominazione del disturbo mentale (per es., 293.81 [F06.2] disturbo psicotico dovuto a neoplasia polmonare maligna, con deliri). L'altra condizione medica dovrebbe essere codificata ed elencata separatamente immediatamente prima del disturbo psicotico dovuto alla condizione medica (per es., 162.9 [C34.90] neoplasia polmonare maligna; 293.81 [F06.2] disturbo psicotico dovuto a neoplasia polmonare maligna, con deliri).

Specificare la gravità attuale:

La gravità viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, compresi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi. Ognuno di questi sintomi può essere valutato per la sua gravità attuale (il livello più grave presente negli ultimi 7 giorni) su una scala a 5 punti che va da 0 (non presente) a 4 (presente e grave). (Si veda Dimensione della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico, nel capitolo "Scale di valutazione").

Nota: La diagnosi di disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica può essere posta senza usare questo specificatore di gravità.

Specificatori

In aggiunta alle aree di domini sintomatologici identificate nei criteri diagnostici, la valutazione dei domini sintomatologici di cognizione, depressione e mania è fondamentale al fine di porre distinzioni d'importanza critica tra i vari disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche essenziali del disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica sono preminenti deliri o allucinazioni che sono giudicati essere attribuibili agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., i sintomi non sono una risposta psicologicamente mediata a una grave condizione medica, nel qual caso sarebbe appropriata la diagnosi di disturbo psicotico breve, con marcato/i fattore/i di stress).

Le allucinazioni possono verificarsi in ogni modalità sensoriale (cioè visiva, olfattiva, gustativa, tattile o uditiva), ma certi fattori eziologici tendono a provocare specifici fenomeni allucinatori. Le allucinazioni olfattive sono suggestive di epilessia del lobo temporale. Le allucinazioni possono variare da semplici e non strutturate ad altamente complesse e organizzate, a seconda dei fattori eziologici e ambientali. Il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica generalmente non viene diagnosticato se l'individuo conserva l'esame di realtà per le allucinazioni e si rende conto che derivano da una condizione medica. I deliri possono avere una varietà di temi, compresi quello somatico, di grandezza, religioso, e, più comunemente, di persecuzione. Nell'insieme, tuttavia, le associazioni fra deliri e particolari condizioni mediche sembrano essere meno specifiche di quelle relative alle allucinazioni.

Nel determinare se il disturbo psicotico è attribuibile a un'altra condizione medica, la condizione medica deve essere identificata e considerata essere l'eziologia della psicosi attraverso un meccanismo fisiologico. Benché non vi siano linee guida infallibili per determinare se la relazione fra il disturbo psicotico e la condizione medica sia eziologica, diverse considerazioni offrono un orientamento. Una prima considerazione è la presenza di un'associazione temporale fra l'esordio, l'esacerbazione, o la remissione della condizione medica e quella del disturbo psicotico. Una seconda considerazione è la presenza di caratteristiche che sono atipiche per un disturbo psicotico (per es., età di esordio atipica o presenza di allucinazioni visive o olfattive). Il disturbo deve anche essere distinto da un disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci o da un altro disturbo mentale (per es., un disturbo dell'adattamento).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'associazione temporale dell'esordio o dell'esacerbazione della condizione medica offre la maggiore certezza diagnostica che i deliri o le allucinazioni sono attribuibili alla condizione medica. Ulteriori fattori possono comprendere trattamenti concomitanti per la condizione medica sottostante che conferiscono indipendentemente al rischio di psicosi, come il trattamento con steroidi per disturbi autoimmuni.

Prevalenza

I tassi di prevalenza per il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica sono difficili da stimare data l'ampia varietà di eziologie mediche sottostanti. La prevalenza lifetime è stata stimata variare dallo 0,21 allo 0,54%. Quando i dati di prevalenza vengono stratificati per fasce di età, gli individui con più di 65 anni di età presentano una prevalenza dello 0,74%, significativamente maggiore rispetto a quelli di fasce di età inferiori. Anche i tassi di psicosi variano a seconda della condizione medica sottostante; le condizioni più comunemente associate alla psicosi comprendono disturbi endocrini e metabolici non trattati, disturbi autoimmuni (per es., lupus eritematoso sistemico, encefalite autoimmune del recettore N-metil-D-aspartato [NMDA]), oppure epilessia del lobo temporale. La psicosi dovuta a epilessia è stata ulteriormente differenziata in psicosi ictale, postictale e interictale. La più comune tra queste è la psicosi postictale, osservata nel 2-7,8% dei pazienti affetti da epilessia. Tra gli individui più anziani, può esservi una più alta prevalenza del disturbo tra le femmine, anche se ulteriori elementi correlati al genere non sono evidenti e variano considerevolmente con la distribuzione di genere delle sottostanti condizioni mediche.

Sviluppo e decorso

Il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica può essere uno stato transitorio isolato o può essere ricorrente, ciclico in seguito a esacerbazioni e remissioni della sottostante condizione medica. Benché il trattamento della sottostante condizione medica spesso comporti la remissione della psicosi, non è sempre così, e i sintomi psicotici possono persistere a lungo dopo l'evento medico (per es., disturbo psicotico dovuto a danno cerebrale focale). Nel contesto di condizioni croniche, come sclerosi multipla o psicosi interictale cronica dell'epilessia, la psicosi può assumere un decorso a lungo termine.

L'espressione del disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica non differisce sostanzialmente nella fenomenologia in relazione all'età in cui si verifica. Tuttavia, le fasce di età più anziane hanno una prevalenza del disturbo più alta, che molto probabilmente è dovuta all'aumento del peso della patologia medica associata all'età avanzata e agli effetti cumulativi di esposizioni ad agenti dannosi e processi correlati all'età (per es., arteriosclerosi). La natura delle condizioni mediche sottostanti tende a cambiare nel corso della vita, con le fasce di età giovanili e fino alla mezza età più colpite da epilessia, trauma cranico, malattie autoimmuni e neoplastiche giovanili, e le fasce di età più elevate più colpite da ictus, eventi anossici, e comorbilità multisistemiche. Fattori sottesi dall'invecchiamento stesso, come una preesistente compromissione cognitiva, così come compromissioni della vista e dell'udito, possono contribuire a determinare un maggiore rischio di psicosi, contribuendo ad abbassare la soglia di probabilità di avere una psicosi.

Fattori di rischio e prognosi

Modificatori del decorso. L'identificazione e il trattamento della condizione medica sottostante ha il maggiore impatto sul decorso, anche se una preesistente lesione del sistema nervoso centrale può portare a un peggiore esito di decorso (per es., trauma cranico, malattia cerebrovascolare).

Marker diagnostici

La diagnosi di disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica dipende dalla condizione clinica di ciascun individuo, e i test diagnostici varieranno in base a tale condizione. Una varietà di condizioni mediche può causare sintomi psicotici. Queste comprendono condizioni neurologiche (per es., neoplasie, malattia cerebrovascolare, malattia di Huntington, sclerosi multipla, epilessia, lesione o compromissione del nervo ottico o acustico, sordità, emicrania, infezioni del sistema nervoso centrale), condizioni endocrine (per es., iper- e ipotiroidismo, iper- e ipoparatiroidismo, iper- e ipoadenocorticismo), condizioni metaboliche (per es., ipossia, ipercapnia, ipoglicemia), squilibri dei liquidi o elettrolitici, malattie epatiche o renali, e disturbi autoimmuni con coinvolgimento del sistema nervoso centrale (per es., lupus eritematoso sistemico). I risultati dell'esame obiettivo associati, i reperti di laboratorio e i pattern di prevalenza o di esordio riflettono la condizione eziologica medica.

Rischio di suicidio

Nel contesto del disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica, il rischio di suicidio non è chiaramente delineato, anche se determinate condizioni quali epilessia e sclerosi multipla sono associate ad aumento dei tassi di suicidio, che possono aumentare ulteriormente in presenza di psicosi.

Conseguenze funzionali del disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica

La disabilità funzionale è tipicamente grave nel contesto del disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica, ma varierà considerevolmente in base al tipo di condizione e tenderà a migliorare con la risoluzione della condizione.

Diagnosi differenziale

Delirium. Comunemente, nel contesto di un delirium si verificano allucinazioni e deliri; tuttavia, una diagnosi separata di disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica non viene posta se il disturbo si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium. Deliri nel contesto di un disturbo neurocognitivo maggiore o lieve saranno diagnosticati come disturbo neurocognitivo maggiore o lieve, con alterazione comportamentale.

Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci. Se vi è evidenza di uso recente o prolungato di sostanze (compresi farmaci con effetti psicoattivi), di astinenza da una sostanza, o di esposizione a una tossina (per es., intossicazione da LSD [dietilammide dell'acido lisergico], astinenza da alcol), dovrebbe essere preso in considerazione un disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci. I sintomi che si verificano durante o poco dopo (cioè entro 4 settimane) un'intossicazione o un'astinenza da sostanze, o dopo uso di farmaci, possono essere particolarmente indicativi di un disturbo psicotico indotto da sostanze, a seconda del carattere, della durata dell'abuso o della quantità di sostanza usata. Se il clinico ha accertato che il disturbo è dovuto sia a una condizione medica, sia a uso di sostanze, possono essere poste entrambe le diagnosi (cioè disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica e disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci).

Disturbo psicotico. Il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica deve essere distinto da un disturbo psicotico (per es., schizofrenia, disturbo delirante, disturbo schizoaffettivo) o da un disturbo depressivo o bipolare, con caratteristiche psicotiche. Nei disturbi psicotici e nei disturbi depressivi o bipolari con caratteristiche psicotiche, non può essere dimostrato alcuno specifico e diretto meccanismo fisiologico causale che sia associato a una condizione medica. La tarda età di esordio e l'assenza di una storia personale o familiare di schizofrenia o di disturbo delirante suggeriscono la necessità di una valutazione approfondita per escludere la diagnosi di disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica. Le allucinazioni uditive che comportano voci che dicono frasi complesse sono più caratteristiche della schizofrenia che del disturbo psicotico dovuto alla condizione medica. Altri tipi di allucinazioni (per es., visive, olfattive) comunemente indicano un disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica o un disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci.

Comorbilità

Il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica in individui con più di 80 anni di età è associato a disturbo neurocognitivo maggiore (demenza) concomitante.

Catatonia

La catatonia può verificarsi nel contesto di vari disturbi, compresi disturbi del neurosviluppo, disturbi psicotici, disturbi bipolari, disturbi depressivi e altre condizioni mediche (per es., carenza di folati cerebrali, rari disturbi autoimmuni e disturbi paraneoplasici). Il manuale non tratta la catatonia come una classe indipendente ma riconosce a) la catatonia associata a un altro disturbo mentale (cioè un disturbo del neurosviluppo, un disturbo psicotico, un disturbo bipolare, un disturbo depressivo, o un altro disturbo mentale), b) il disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica, e c) la catatonia senza specificazione.

La catatonia è definita dalla presenza di tre o più delle 12 caratteristiche psicomotorie nei criteri diagnostici per la catatonia associata a un altro disturbo mentale e per il disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica. La caratteristica essenziale della catatonia è un grave disturbo psicomotorio che può comportare una diminuzione dell'attività motoria, una diminuzione del contatto durante il colloquio clinico o l'esame obiettivo, oppure un'eccessiva e peculiare attività motoria. La manifestazione clinica della catatonia può essere sorprendente, in quanto le alterazioni psicomotorie possono variare da una marcata riduzione della reattività all'ambiente a una marcata agitazione. L'immobilità motoria può essere grave (stupor) o moderata (catalessia e flessibilità cerea). In modo simile, una diminuzione del contatto può essere grave (mutismo) o moderata (negativismo). I comportamenti motori esagerati e peculiari possono essere complessi (per es., stereotipia) o semplici (agitazione) e possono comprendere ecolalia ed ecoprassia. In casi estremi, lo stesso individuo può oscillare tra diminuita ed esagerata attività motoria. Le caratteristiche cliniche e le manifestazioni variabili apparentemente opposte della diagnosi contribuiscono a una mancanza di conoscenza e a un diminuito riconoscimento della catatonia. Nel corso di stadi gravi della catatonia, l'individuo può avere necessità di un'attenta vigilanza al fine di evitare danni a se stesso e agli altri. Vi sono potenziali rischi derivanti da malnutrizione, esaurimento, iperpiressia e lesioni autoinflitte.

Catatonia associata a un altro disturbo mentale (specificatore della catatonia) 293.89 (F06.1)

A. Il quadro clinico è dominato da tre (o più) dei seguenti sintomi:

1. Stupor (cioè nessuna attività psicomotoria; non è presente relazione attiva con l'ambiente).
2. Catalessia (cioè induzione passiva di una postura mantenuta contro la gravità).
3. Flessibilità cerea (cioè leggera resistenza costante a una modificazione posturale del soggetto indotta dall'esaminatore).
4. Mutismo (cioè risposta verbale assente o molto scarsa [da escludere se è nota un'afasia]).
5. Negativismo (cioè oppositività o nessuna risposta a istruzioni o stimoli esterni).
6. Postura fissa (cioè mantenimento spontaneo e attivo di una postura contro la gravità).
7. Manierismo (cioè caricature artificiose e stravaganti di azioni normali).
8. Stereotipia (cioè movimenti ripetitivi afinalistici, abnormemente frequenti).
9. Agitazione, non influenzata da stimoli esterni.
10. Presenza di *grimace*.
11. Ecolalia (cioè imitazione/ripetizione dell'eloquio altrui).
12. Ecoprassia (cioè imitazione/ripetizione dei movimenti altrui).

Nota di codifica: Indicare la denominazione del disturbo mentale associato quando si registra la denominazione della condizione (cioè 293.89 [F06.1] catatonia associata a disturbo depressivo maggiore). Codificare per primo il disturbo mentale associato (per es., disturbo del neurosviluppo, disturbo psicotico breve, disturbo schizofreniforme, schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, disturbo bipolare, disturbo depressivo maggiore, oppure altro disturbo mentale) (per es., 295.70 [F25.1] disturbo schizoaffettivo, tipo depressivo; 293.89 [F06.1] catatonia associata a disturbo schizoaffettivo).

Caratteristiche diagnostiche

Catatonia associata a un altro disturbo mentale (specificatore della catatonia) può essere usato quando sono soddisfatti i criteri per la catatonia durante il corso di un disturbo del neurosviluppo, di un disturbo psicotico, bipolare, depressivo, o un altro disturbo mentale. Lo specificatore della catatonia è appropriato quando il quadro clinico è caratterizzato da un marcato disturbo psicomotorio e comprende almeno tre delle 12 caratteristiche diagnostiche elencate nel Criterio A.

La catatonia è tipicamente diagnosticata in contesti di ricovero e si verifica fino al 35% di individui affetti da schizofrenia, ma la maggior parte dei casi di catatonia coinvolge individui con disturbi depressivi o bipolari. Prima di usare lo specificatore della catatonia nei disturbi del neurosviluppo, disturbi psicotici, bipolari e depressivi, o altri disturbi mentali, è necessario escludere una grande varietà di altre condizioni mediche; queste condizioni comprendono, ma non sono limitate a esse, condizioni mediche dovute a condizioni infettive, metaboliche o neurologiche (si veda "Disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica"). La catatonia può inoltre essere l'effetto collaterale di un farmaco (si veda il capitolo "Disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci"). Data la gravità delle complicazioni, particolare attenzione dovrebbe essere data alla possibilità che la catatonia sia attribuibile a 333.92 (G21.0) sindrome neurolettica maligna.

Disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica 293.89 (F06.1)

Criteri diagnostici

A. Il quadro clinico è dominato da tre (o più) dei seguenti sintomi:

1. Stupor (cioè nessuna attività psicomotoria; non è presente relazione attiva con l'ambiente).
2. Catalessia (cioè induzione passiva di una postura mantenuta contro la gravità).
3. Flessibilità cerea (cioè leggera resistenza costante a una modificazione posturale del soggetto indotta dall'esaminatore).
4. Mutismo (cioè risposta verbale assente o molto scarsa [da escludere se è nota un'afasia]).
5. Negativismo (cioè oppositività o nessuna risposta a istruzioni o stimoli esterni).
6. Postura fissa (cioè mantenimento spontaneo e attivo di una postura contro la gravità).
7. Manierismo (cioè caricature artificiose e stravaganti di azioni normali).
8. Stereotipia (cioè movimenti ripetitivi afinalistici, abnormemente frequenti).
9. Agitazione, non influenzata da stimoli esterni.
10. Presenza di *grimace*.
11. Ecolalia (cioè imitazione/ripetizione dell'eloquio altrui).
12. Ecoprassia (cioè imitazione/ripetizione dei movimenti altrui).

B. Vi è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo o dai reperti di laboratorio che il disturbo è la conseguenza patofisiologica diretta di un'altra condizione medica.

C. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale (per es., un episodio maniacale).

D. Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium.

E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota di codifica: Comprendere la denominazione della condizione medica nella denominazione del disturbo mentale (per es., 293.89 [F06.1] disturbo catatonico dovuto a encefalopatia epatica). L'altra condizione medica dovrebbe essere codificata ed elencata separatamente, immediatamente prima del disturbo catatonico dovuto alla condizione medica (per es., 572.2 [K71.90] encefalopatia epatica; 293.89 [F06.1] disturbo catatonico dovuto a encefalopatia epatica).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica è la presenza di catatonia che si giudica attribuita agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica. La catatonia può essere diagnosticata dalla presenza di almeno tre delle 12 caratteristiche cliniche del Criterio A. Ci deve essere evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo, o dai reperti di laboratorio che la catatonia è attribuibile a un'altra condizione medica (Criterio B). La diagnosi non viene posta se la catatonia è meglio spiegata da un altro disturbo mentale (per es., episodio maniacale) (Criterio C) oppure se si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium (Criterio D).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Una varietà di condizioni mediche può causare catatonia, specialmente condizioni neurologiche (per es., neoplasie, trauma cranico, malattia cerebrovascolare, encefaliti) e condizioni metaboliche (per es., ipercalcemia, encefalopatia epatica, omocistinuria, chetoacidosi diabetica). I riscontri associati dell'esame obiettivo, i reperti di laboratorio e i pattern di prevalenza e di esordio riflettono quelli della condizione medica eziologica.

Diagnosi differenziale

Una diagnosi separata di disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica non viene posta se la catatonia si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium o di sindrome neurolettica maligna. Se l'individuo sta attualmente assumendo farmaci neurolettici, si dovrebbero considerare i disturbi del movimento indotti da farmaci (per es., una postura anomala può essere dovuta a distonia acuta indotta da neurolettici) oppure da sindrome neurolettica maligna (possono essere presenti caratteristiche simil-catatoniche, insieme alle alterazioni dei parametri vitali e/o alle anomalie di laboratorio abitualmente presenti in questa condizione). I sintomi catatonici possono essere presenti in ognuno dei seguenti cinque disturbi psicotici: disturbo psicotico breve, disturbo schizofreniforme, schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, e disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci. Possono essere presenti anche in alcuni disturbi del neurosviluppo, in tutti i disturbi bipolari e depressivi, e in altri disturbi mentali.

Catatonia senza specificazione

Questa categoria si applica a manifestazioni in cui i sintomi caratteristici della catatonia causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, ma la natura del sottostante disturbo mentale o dell'altra condizione medica non è chiara, i criteri per la catatonia non sono soddisfatti pienamente o non vi sono informazioni sufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Nota di codifica: Codificare prima **781.99 (R29.818)** altri sintomi che coinvolgono i sistemi nervoso e muscoloscheletrico, seguito da **293.89 (F06.1)** catatonia senza specificazione.

Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione 298.8 (F28)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici. La categoria disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico

sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici. Questo viene fatto registrando "disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "allucinazioni uditive persistenti").

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" comprendono i seguenti:

1. **Allucinazioni uditive persistenti** che si verificano in assenza di qualsiasi altra caratteristica.
2. **Deliri con significativa sovrapposizione di episodi di alterazione dell'umore:** Questi comprendono deliri persistenti con periodi di sovrapposizione di episodi di alterazione dell'umore che sono presenti per una parte sostanziale della condizione delirante (tale che il criterio che stabilisce nel disturbo delirante la presenza di un disturbo dell'umore solamente breve in relazione alla durata dei deliri non è soddisfatto).
3. **Sindrome psicotica attenuata:** Questa sindrome è caratterizzata da sintomi tipo-psicotici che sono al di sotto della soglia per una psicosi piena (per es., i sintomi sono meno gravi e più transitori, e l'insight è relativamente mantenuto).
4. **Sintomi deliranti nel partner dell'individuo con disturbo delirante:** Nel contesto di una relazione, il materiale delirante del partner dominante fornisce il contenuto per convinzioni deliranti da parte dell'individuo che non può altrimenti soddisfare interamente i criteri per un disturbo delirante.

Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione 298.9 (F29)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici. La categoria disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Disturbo bipolare e disturbi correlati

Nel DSM-5 il disturbo bipolare e disturbi correlati sono stati separati dai disturbi depressivi e sono stati posti tra i capitoli sui disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici e i disturbi depressivi, riconoscendo la loro posizione come un ponte tra le due classi diagnostiche in termini di sintomatologia, storia familiare e genetica. Le diagnosi comprese in questo capitolo sono disturbo bipolare I, disturbo bipolare II, disturbo ciclotimico, disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci, disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione e disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione.

I criteri del disturbo bipolare I rappresentano la visione moderna del disturbo maniaco-depressivo classico o della psicosi affettiva descritta nel XIX secolo, e differiscono da queste descrizioni solo nella misura in cui né la psicosi né l'esperienza lifetime di un episodio depressivo maggiore rappresentano un requisito. Tuttavia, la maggior parte degli individui i cui sintomi soddisfano pienamente i criteri per un episodio maniacale esperisce anche episodi depressivi maggiori durante il corso della vita.

Il disturbo bipolare II, che richiede l'esperienza di almeno un episodio depressivo maggiore e di un episodio ipomaniacale, non è più considerato una condizione "più lieve" rispetto al disturbo bipolare I, in gran parte a causa della quantità di tempo che gli individui con disturbo bipolare II trascorrono nella depressione e a causa dell'instabilità dell'umore da loro vissuta, tipicamente accompagnata da una seria compromissione del funzionamento lavorativo e sociale.

La diagnosi di disturbo ciclotimico viene attribuita agli adulti che esperiscono per almeno due anni (per i bambini, un anno intero) periodi sia ipomaniacali sia depressivi senza mai soddisfare pienamente i criteri per un episodio di mania, di ipomania o di depressione maggiore.

Un gran numero di sostanze di abuso, alcuni farmaci prescritti e diverse condizioni mediche possono essere associati a manifestazioni di tipo maniacale. Questo fatto è riconosciuto nella diagnosi di disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci e di disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica.

Il riconoscimento che molti individui, soprattutto i bambini e, in misura minore, gli adolescenti, fanno esperienza di manifestazioni di tipo bipolare che non soddisfano i criteri per il disturbo bipolare I, bipolare II o per il disturbo ciclotimico, si riflette nella disponibilità della categoria disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione. Invece, nella Sezione III sono forniti criteri specifici per un disturbo che implica l'ipomania di breve durata, nella speranza di incoraggiare ulteriori studi riguardanti questo disturbo.

Disturbo bipolare I

Criteri diagnostici

Per la diagnosi di disturbo bipolare I, è necessario soddisfare i seguenti criteri per un episodio maniacale. L'episodio maniacale può essere preceduto e può essere seguito da episodi ipomaniacali o depressivi maggiori.

Episodio maniacale

A. Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e di aumento anomalo e persistente dell'attività finalizzata o dell'energia, della durata di almeno 1 settimana e presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (o di qualsiasi durata, se è necessaria l'ospedalizzazione).

B. Durante il periodo di alterazione dell'umore e di aumento di energia o attività, tre (o più) dei seguenti sintomi (quattro, se l'umore è solo irritabile) sono presenti a un livello significativo e rappresentano un cambiamento evidente rispetto al comportamento abituale:

1. Autostima ipertrofica o grandiosità.
2. Diminuito bisogno di sonno (per es., sentirsi riposati/e dopo solo 3 ore di sonno).
3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare.
4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
5. Distraibilità (cioè attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti), riferita o osservata.
6. Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria (cioè attività immotivata non finalizzata).
7. Eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati).

C. L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.

D. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco, un altro trattamento) o a un'altra condizione medica.

Nota: Un episodio maniacale completo che emerge durante un trattamento antidepressivo (cioè farmaci, terapia elettroconvulsiva), ma che persiste a un livello sindromico completo che va oltre l'effetto fisiologico del trattamento, costituisce un'evidenza sufficiente per un episodio maniacale e, quindi, per una diagnosi di disturbo bipolare I.

Nota: I Criteri A-D costituiscono un episodio maniacale. Per una diagnosi di disturbo bipolare I è richiesto almeno un episodio maniacale nell'arco di vita.

Episodio ipomaniacale

A. Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e di aumento anomalo e persistente dell'attività finalizzata o dell'energia, della durata di almeno 4 giorni consecutivi e presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni.

B. Durante il periodo di alterazione dell'umore e di aumento di energia o attività, tre (o più) dei seguenti sintomi (quattro, se l'umore è solo irritabile) sono stati presenti, rappresentano un cambiamento evidente rispetto al comportamento abituale e si manifestano a un livello significativo:

1. Autostima ipertrofica o grandiosità.
2. Diminuito bisogno di sonno (per es., sentirsi riposati/e dopo solo 3 ore di sonno).
3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare.
4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
5. Distraibilità (cioè attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti), come riferita o osservata.
6. Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria.
7. Eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati).

C. L'episodio è associato a un evidente cambiamento nel funzionamento, che non è caratteristico dell'individuo quando è asintomatico.

D. L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel funzionamento sono osservabili dagli altri.

E. L'episodio non è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione. Se sono presenti manifestazioni psicotiche, l'episodio è, per definizione, maniacale.

F. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., sostanza di abuso, un farmaco, un altro trattamento).

Nota: Un episodio ipomaniacale completo che emerge durante un trattamento antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsiva), ma che persiste a un livello sindromico completo oltre l'effetto fisiologico del trattamento, costituisce un'evidenza sufficiente per una diagnosi di episodio ipomaniacale. Tuttavia, è indicata cautela in modo che uno o due sintomi (in particolare un aumento di irritabilità, nervosismo o agitazione a seguito di uso di antidepressivi) non vengano considerati come sufficienti per una diagnosi di episodio ipomaniacale, né necessariamente indicativi di una diatesi bipolare.

Nota: I Criteri A-F costituiscono un episodio ipomaniacale. Episodi ipomaniacali sono comuni nel disturbo bipolare I ma non sono richiesti per la diagnosi di disturbo bipolare I.

Episodio depressivo maggiore

A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

Nota: Non comprendere sintomi chiaramente attribuibili a un'altra condizione medica.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a). (**Nota:** Nei bambini e negli adolescenti, l'umore può essere irritabile.)
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).
3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni. (**Nota:** Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali.)
4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.

5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).
6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.
7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a).
8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri).
9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.

B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Nota: I Criteri A-C costituiscono un episodio depressivo maggiore. Gli episodi depressivi maggiori sono comuni nel disturbo bipolare I ma non sono richiesti per la diagnosi di disturbo bipolare I.

Nota: Risposte a una perdita significativa (per es., lutto, tracollo finanziario, perdite derivanti da un disastro naturale, una grave patologia medica o disabilità) possono comprendere sentimenti di intensa tristezza, ruminazione sulla perdita, insonnia, scarso appetito e perdita di peso, annotati nel Criterio A, che possono assomigliare a un episodio depressivo. Nonostante tali sintomi possano essere comprensibili oppure considerati appropriati alla perdita, la presenza di un episodio depressivo maggiore in aggiunta alla normale risposta a una perdita significativa dovrebbe essere considerata attentamente. Questa decisione richiede inevitabilmente una valutazione clinica basata sulla storia dell'individuo e sulle norme culturali per l'espressione del disagio nel contesto della perdita.[1]

Disturbo bipolare I

A. Sono stati soddisfatti i criteri per almeno un episodio maniacale (Criteri A-D sotto "Episodio maniacale", sopra).

B. Il verificarsi dell'episodio (o di episodi) maniacale e depressivo maggiore non è meglio spiegato da un disturbo schizoaffettivo, da schizofrenia, da un disturbo schizofreniforme, da un disturbo delirante o da un disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.

[1] Nel distinguere il lutto da un episodio depressivo maggiore (EDM) è utile considerare che nel lutto il vissuto predominante consiste in sentimenti di vuoto e di perdita, mentre nell'EDM consiste in un umore depresso persistente e un'incapacità di provare felicità o piacere. La disforia nel lutto di solito diminuisce di intensità nel corso di giorni o settimane e si verifica a ondate. Queste tendono a essere associate a pensieri o ricordi del defunto. L'umore depresso nell'EDM è più persistente e non è legato a specifici pensieri o preoccupazioni. Il dolore del lutto può essere accompagnato da umore ed emozioni positivi che non sono caratteristici dell'infelicità e sofferenza pervasive tipiche di un EDM. Il contenuto del pensiero associato al lutto presenta generalmente una preoccupazione relativa a pensieri e ricordi del defunto, piuttosto che le ruminazioni autocritiche o pessimistiche osservate nell'EDM. Nel lutto, l'autostima è generalmente preservata, mentre nell'EDM sono comuni sentimenti di autosvalutazione e disgusto per se stessi. Se nel lutto è presente ideazione autodenigratoria, si tratta in genere di carenze percepite nei confronti del defunto (per es., non averlo visitato abbastanza frequentemente, non aver detto al defunto quanto fosse amato). Se un individuo che ha subito un lutto ha pensieri relativi alla morte e al morire, tali pensieri sono generalmente focalizzati sul defunto ed eventualmente sul "raggiungere" il defunto, mentre nell'EDM tali pensieri sono focalizzati sul mettere fine alla propria vita per sentimenti di inutilità, di essere immeritevoli della vita, oppure incapaci di far fronte al dolore della depressione.

Procedure di codifica e registrazione

Il codice diagnostico per il disturbo bipolare I è basato sul tipo dell'attuale o più recente episodio e del suo status rispetto alla gravità attuale, sulla presenza di caratteristiche psicotiche e sullo stato di remissione. La gravità attuale e le caratteristiche psicotiche sono indicate solo se attualmente sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio maniacale o depressivo maggiore. Gli specificatori di remissione sono indicati solo se i criteri non sono soddisfatti pienamente per un episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo maggiore. I codici sono i seguenti:

Disturbo bipolare I	Attuale o più recente episodio maniacale	Attuale o più recente episodio ipomaniacale*	Attuale o più recente episodio depressivo	Attuale o più recente episodio senza specificazione**
Lieve (p. 178)	296.41 (F31.11)	NA	296.51 (F31.31)	NA
Moderato (p. 178)	296.42 (F31.12)	NA	296.52 (F31.32)	NA
Grave (p. 178)	296.43 (F31.13)	NA	296.53 (F31.4)	NA
Con caratteristiche psicotiche*** (p. 176)	296.44 (F31.2)	NA	296.54 (F31.5)	NA
In remissione parziale (p. 178)	296.45 (F31.71)	296.45 (F31.71)	296.55 (F31.75)	NA
In remissione completa (p. 178)	296.46 (F31.72)	296.46 (F31.72)	296.56 (F31.76)	NA
Non specificato	296.40 (F31.9)	296.40 (F31.9)	296.50 (F31.9)	NA

* Non vengono applicati specificatori di gravità e psicotici; codificare 296.40 (F31.0) per i casi non in remissione.
** Non vengono applicati specificatori di gravità, psicotici e di remissione. Codificare 296.7 (F31.9).
*** Se sono presenti caratteristiche psicotiche, codificare lo specificatore "con caratteristiche psicotiche" indipendentemente dalla gravità dell'episodio.

Nella registrazione della denominazione di una diagnosi, i termini dovrebbero essere elencati nel seguente ordine: disturbo bipolare I, tipo dell'attuale o più recente episodio, specificatori di gravità/psicotici/di remissione, seguiti da altrettanti specificatori senza codici applicati all'attuale o al più recente episodio.

Specificare:

Con ansia (pp. 172-173)
Con caratteristiche miste (pp. 173-174)
Con cicli rapidi (p. 174)
Con caratteristiche melancoliche (pp. 174-175)
Con caratteristiche atipiche (pp. 175-176)
Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore (p. 176)
Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore (p. 176)
Con catatonia (p. 176). **Nota di codifica:** Utilizzare codice aggiuntivo 293.89 (F06.1).
Con esordio nel peripartum (pp. 176-177)
Con andamento stagionale (pp. 177-178)

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'episodio maniacale è un periodo definito durante il quale vi è un umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e un aumento persistente dell'attività o dell'energia presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, per un periodo di almeno 1 settimana (o di qualsiasi durata, se è necessaria l'ospedalizzazione), accompagnato da almeno tre sintomi aggiuntivi del Criterio B. Se l'umore è irritabile piuttosto che elevato o espanso, devono essere presenti almeno quattro sintomi del Criterio B.

In un episodio maniacale, l'umore viene spesso descritto come euforico, eccessivamente allegro, di tono elevato, come di chi si sente "al settimo cielo". In alcuni casi, l'umore è di una qualità a tal punto patologica che risulta facilmente riconoscibile come eccessivo e può essere caratterizzato da un illimitato e confuso entusiasmo per le interazioni interpersonali, sessuali o lavorative. Per esempio, l'individuo può iniziare spontaneamente lunghe conversazioni con estranei in pubblico. Spesso l'umore predominante è irritabile piuttosto che elevato, in particolare quando i desideri dell'individuo vengono negati oppure se l'individuo ha fatto uso di sostanze. Possono verificarsi rapidi cambiamenti di umore in un breve periodo di tempo e sono ricondotti alla labilità (cioè l'alternanza tra euforia, disforia e irritabilità). Nei bambini, la felicità, la stupidità e la "goffaggine" sono normali nel contesto di occasioni speciali; tuttavia, se questi sintomi sono ricorrenti, inappropriati al contesto e al di là di quanto è previsto per il livello di sviluppo del bambino, essi possono soddisfare il Criterio A. Se la felicità è insolita per un bambino (cioè differente dalla condizione di base) e i cambiamenti di umore si verificano allo stesso tempo come sintomi che soddisfano il Criterio B per la mania, la certezza diagnostica aumenta; tuttavia, il cambiamento di umore deve essere accompagnato da un aumento persistente dei livelli di attività o di energia che sono evidenti a chi conosce bene il bambino.

Durante l'episodio maniacale, l'individuo può impegnarsi in molteplici nuovi progetti che si sovrappongono. I progetti vengono spesso iniziati con poca conoscenza dell'argomento, e nulla sembra essere fuori della portata dell'individuo. Gli aumentati livelli di attività possono manifestarsi in orari del giorno insoliti.

È tipicamente presente un'autostima ipertrofica, che va da una fiducia in se stesso priva di critica alla marcata grandiosità e può raggiungere proporzioni deliranti (Criterio B1). Nonostante la mancanza di ogni particolare esperienza o talento, l'individuo può intraprendere compiti come la scrittura di un romanzo o ricercare pubblicità per qualche invenzione irrealizzabile. Sono comuni i deliri di grandezza (per es., avere una relazione particolare con una persona famosa). Nei bambini è normale la sovrastima delle abilità e la convinzione, per esempio, di essere i migliori in uno sport o i più intelligenti della classe; tuttavia, quando tali convinzioni sono presenti nonostante la chiara evidenza del contrario oppure i tentativi di prodezza del bambino sono chiaramente pericolosi e, soprattutto, rappresentano un cambiamento rispetto al comportamento abituale del bambino, il criterio di grandiosità dovrebbe essere considerato soddisfatto.

Una delle caratteristiche più comuni è un ridotto bisogno di sonno (Criterio B2) ed è distinto dall'insonnia, in cui l'individuo vuole dormire o sente il bisogno di dormire, ma ne è incapace. L'individuo può dormire poco, se non per nulla, oppure può svegliarsi diverse ore prima del solito, sentendosi riposato e pieno di energia. Quando l'alterazione del sonno è grave, l'individuo può andare avanti per giorni senza dormire e non sentirsi stanco. Spesso un ridotto bisogno di sonno annuncia l'esordio di un episodio maniacale.

L'eloquio può essere rapido, pressante, ad alta voce e difficile da interrompere (Criterio B3). Gli individui possono parlare continuamente senza riguardo per il desiderio di comunicare degli altri, spesso in una maniera intrusiva oppure senza preoccupazione per la rilevanza di ciò che viene detto. L'eloquio è talvolta caratterizzato da scherzosità, giochi di parole e banalità divertenti, da teatralità e manierismi drammatici, dal canto e da un eccessivo gesticolare. Il volume e la forza del discorso diventano spesso più importanti di ciò che viene detto. Se l'umore dell'individuo è più irritabile che espanso, l'eloquio può essere caratterizzato da lamentele, commenti ostili o sfuriate, in particolare se vengono effettuati dei tentativi di interrompere l'individuo. Sia i sintomi del Criterio A sia i sintomi del Criterio B possono essere accompagnati da sintomi del polo opposto (cioè depressivi) (si veda lo specificatore "con caratteristiche miste", pp. 173-174).

Spesso i pensieri dell'individuo viaggiano a una velocità maggiore rispetto a quella con cui essi possono essere espressi attraverso l'eloquio (Criterio B4). È frequente la fuga delle idee, evidenziata da un flusso quasi continuo di eloquio accelerato, con bruschi cambiamenti di argomento. Quando la fuga delle idee è grave, l'eloquio può diventare disorganizzato, incoerente e particolarmente stressante per l'individuo. A volte i pensieri sono vissuti in modo così affollato che risulta molto difficile parlare.

La distraibilità (Criterio B5) è evidenziata dall'incapacità di filtrare stimoli esterni irrilevanti (per es., l'abbigliamento dell'intervistatore, rumori di fondo o conversazioni, l'arredamento della stanza) e spesso impedisce agli individui che esperiscono una mania di tenere una conversazione logica o di seguire le istruzioni.

L'aumento dell'attività finalizzata spesso implica un'eccessiva pianificazione e partecipazione ad attività multiple, comprese attività sessuali, lavorative, politiche o religiose. È spesso presente un aumento della libido, delle fantasie e dei comportamenti sessuali. Solitamente, durante un episodio maniacale gli individui mostrano un aumento della socievolezza (per es., rinnovare vecchie conoscenze oppure chiamare o contattare amici o anche sconosciuti), senza riguardo per la natura intrusiva, prepotente e pretenziosa di queste interazioni. Spesso mostrano agitazione psicomotoria o irrequietezza (cioè attività non finalizzata) camminando avanti e indietro o sostenendo simultaneamente conversazioni multiple. Alcuni individui scrivono lettere prolisse, e-mail, SMS e così via, su tanti differenti argomenti, ad amici, personaggi pubblici o ai media.

Il criterio di aumentata attività può essere difficile da accertare nei bambini; tuttavia, quando il bambino pratica molte attività contemporaneamente, inizia l'elaborazione di piani complessi e irrealistici per dei progetti, sviluppa preoccupazioni sessuali precedentemente assenti e inappropriate dal punto di vista dello sviluppo (non spiegate da abusi sessuali o esposizione a materiale sessuale esplicito), allora il Criterio B potrebbe essere soddisfatto sulla base del giudizio clinico. È essenziale determinare se il comportamento rappresenti un cambiamento rispetto al comportamento di base del bambino; se si verifica per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni per il periodo di tempo richiesto; e se si verifica in associazione temporale con altri sintomi della mania.

L'espansività, l'eccessivo ottimismo, la grandiosità e lo scarso giudizio spesso inducono a un imprudente coinvolgimento in attività come acquisti incontrollati, cessione di proprietà, guida spericolata, investimenti finanziari avventati e una promiscuità sessuale che è insolita per l'individuo, anche se tali attività possono avere conseguenze catastrofiche (Criterio B7). L'individuo può acquistare molti oggetti non necessari senza avere il denaro per pagarli e, in alcuni casi, darli via. Il comportamento sessuale può comprendere infedeltà o incontri sessuali indiscriminati con sconosciuti, trascurando spesso il rischio di malattie sessualmente trasmissibili oppure conseguenze nelle relazioni interpersonali.

L'episodio maniacale deve causare una marcata compromissione del funzionamento sociale e lavorativo o richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri (per es., perdite finanziarie, perdita del lavoro, comportamento autolesivo). Per definizione, la presenza di caratteristiche psicotiche durante un episodio maniacale soddisfa anche il Criterio C.

I sintomi o le sindromi maniacali che sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza di abuso (per es., nel contesto di intossicazione da cocaina o amfetamine), agli effetti indesiderati di farmaci o trattamenti (per es., steroidi, L-dopa, antidepressivi, stimolanti), oppure a un'altra condizione medica non contano ai fini della diagnosi di disturbo bipolare I. Tuttavia, un episodio maniacale sindromico completo che insorge durante un trattamento (per es., con farmaci, terapia elettroconvulsiva, terapia della luce) oppure durante uso di droga e persiste oltre l'effetto fisiologico dell'agente inducente (cioè dopo che il farmaco è stato completamente eliminato dall'organismo dell'individuo oppure nell'attesa che gli effetti della terapia elettroconvulsiva siano completamente dissipati) è un'evidenza sufficiente per la diagnosi di episodio maniacale (Criterio D). Si raccomanda cautela in modo che uno o due sintomi (in particolare aumento di irritabilità, nervosismo o agitazione a seguito di uso di antidepressivi) non vengano considerati sufficienti per la diagnosi di episodio maniacale o ipomaniacale, e neppure necessariamente come indicazione di una diatesi di disturbo bipolare. Per fare una diagnosi di disturbo bipolare è necessario soddisfare i criteri per un episodio maniacale, ma non sono richiesti episodi ipomaniacali o depressivi. Tuttavia, essi possono precedere o seguire l'episodio maniacale. La descrizione completa delle caratteristiche diagnostiche di un episodio ipomaniacale può essere trovata all'interno del testo per il disturbo bipolare II e le caratteristiche di un episodio depressivo maggiore sono descritte all'interno del testo per il disturbo depressivo maggiore.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Durante un episodio maniacale, gli individui spesso non percepiscono di essere malati oppure di avere necessità di un trattamento e resistono in modo veemente agli sforzi fatti per curarli. Gli individui possono modificare il proprio abbigliamento, trucco oppure il proprio aspetto personale secondo uno stile sessualmente più allusivo o stravagante. Alcuni presentano una maggiore acuità olfattiva, uditiva o visiva. Gioco d'azzardo e comportamenti antisociali possono accompagnare l'episodio maniacale. Alcuni individui possono diventare ostili e fisicamente pericolosi per gli altri e, quando deliranti, possono diventare fisicamente aggressivi o a rischio di suicidio. Le conseguenze catastrofiche di un episodio maniacale (per es., ospedalizzazione obbligatoria, problemi con la legge o gravi difficoltà finanziarie) spesso derivano da scarsa capacità di giudizio, perdita dell'insight e iperattività.

L'umore può passare molto rapidamente alla rabbia o alla depressione. I sintomi depressivi possono verificarsi durante un episodio maniacale e, se presenti, possono durare momenti, ore o, più raramente, giorni (si veda lo specificatore "con caratteristiche miste", pp. 173-174).

Prevalenza

Le stime di prevalenza a 12 mesi negli Stati Uniti continentali era dello 0,6% per il disturbo bipolare I come definito nel DSM-IV. La prevalenza a 12 mesi del disturbo bipolare I tra 11 paesi è variata dallo 0,0 allo 0,6%. Il rapporto di prevalenza lifetime tra maschi e femmine è di circa 1,1:1.

Sviluppo e decorso

L'età media di esordio del primo episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo è di circa 18 anni per il disturbo bipolare I. Sono necessarie considerazioni speciali al fine di individuare la diagnosi nei bambini. Poiché bambini della stessa età cronologica possono trovarsi a differenti stadi di sviluppo, è difficile definire con precisione cosa sia "normale" o "atteso" in un momento qualsiasi. Pertanto, ogni bambino dovrebbe essere giudicato considerando la sua condizione di base. L'esordio si verifica in qualsiasi momento del ciclo di vita, compresi gli esordi a 60 o 70 anni. L'esordio dei sintomi maniacali (per es., disinibizione sessuale o sociale) in tarda mezza età o in tarda età dovrebbe suggerire la considerazione di condizioni mediche (per es., disturbo neurocognitivo frontotemporale) e di assunzione di sostanze o astinenza da sostanze.

Oltre il 90% degli individui che hanno un singolo episodio maniacale continua ad avere ricorrenti episodi di alterazione dell'umore. Circa il 60% degli episodi maniacali si verifica immediatamente prima di un episodio depressivo maggiore. Gli individui con disturbo bipolare I che hanno episodi di alterazione dell'umore (depressivi maggiori, maniacali, ipomaniacali) multipli (4 o più) nel giro di 1 anno ricevono lo specificatore "con cicli rapidi".

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Il disturbo bipolare è più comune in paesi ad alto reddito rispetto a paesi a basso reddito (1,4 versus 0,7%). Individui separati, divorziati o vedovi hanno maggiori tassi di disturbo bipolare I rispetto agli individui sposati o che non sono mai stati sposati, ma la direzione dell'associazione non è chiara.

Fattori genetici e fisiologici. Una storia familiare di disturbo bipolare è uno dei fattori di rischio più forti e coerenti per i disturbi bipolari. Vi è un aumento del rischio medio maggiore di 10 volte tra parenti adulti di individui con disturbo bipolare I e disturbo bipolare II. L'entità del rischio aumenta con il grado di parentela. Probabilmente la schizofrenia e il disturbo bipolare condividono una base genetica che si riflette in una co-aggregazione familiare della schizofrenia e del disturbo bipolare.

Modificatori del decorso. Dopo un episodio maniacale con caratteristiche psicotiche, l'individuo ha una maggiore probabilità di presentare caratteristiche psicotiche nei successivi episodi maniacali. Quando l'attuale episodio è accompagnato da caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore, è più comune un recupero interepisodico completo.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Esistono poche informazioni su specifiche differenze culturali nella manifestazione del disturbo bipolare I. Una possibile spiegazione può essere che gli strumenti diagnostici vengono spesso tradotti e utilizzati nelle differenti culture senza una validazione transculturale. In uno studio statunitense, i tassi di prevalenza a 12 mesi del disturbo bipolare I erano significativamente minori per gli afrocaraibici rispetto agli afroamericani o ai bianchi.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le femmine hanno maggiori probabilità di presentare cicli rapidi e stati misti, e di presentare pattern di comorbilità che differiscono da quelli dei maschi, tra cui maggiori tassi di disturbi dell'alimentazione lifetime. Le femmine con disturbo bipolare I o II

hanno più probabilità di presentare sintomi depressivi rispetto ai maschi. Nell'arco di vita presentano un rischio maggiore di disturbo da uso di alcol rispetto ai maschi e una maggiore probabilità di disturbo da uso di alcol rispetto alla popolazione generale femminile.

Rischio di suicidio

Negli individui con disturbo bipolare il rischio suicidario è stimato essere nell'arco di vita almeno 15 volte quello della popolazione generale. Infatti, il disturbo bipolare può spiegare un quarto di tutti i suicidi portati a termine. Una storia pregressa di tentativi di suicidio e la percentuale dei giorni passati in depressione negli ultimi anni sono associate a un maggiore rischio di tentativi di suicidio o di suicidi portati a termine.

Conseguenze funzionali del disturbo bipolare I

Nonostante molti individui con disturbo bipolare tornino a un livello completamente funzionale tra gli episodi, circa il 30% mostra una grave compromissione del funzionamento lavorativo. Il recupero funzionale è decisamente minore rispetto a quello sintomatologico, soprattutto per quanto riguarda il recupero professionale, che determina uno status socioeconomico inferiore, nonostante livelli di istruzione equivalenti a quelli della popolazione generale. Nei test cognitivi gli individui con disturbo bipolare I hanno risultati più scarsi rispetto agli individui sani. I deficit cognitivi possono contribuire alle difficoltà professionali e interpersonali e persistere lungo l'arco di vita, anche durante periodi di eutimia.

Diagnosi differenziale

Disturbo depressivo maggiore. Il disturbo depressivo maggiore può anche essere accompagnato da sintomi ipomaniacali o maniacali (cioè meno sintomi o durata minore rispetto a quella richiesta per la mania o l'ipomania). Quando l'individuo manifesta un episodio di depressione maggiore, si deve avvalorare la storia riguardo a episodi passati di mania o ipomania. Sintomi di irritabilità possono essere associati sia al disturbo depressivo maggiore sia al disturbo bipolare, aumentando la complessità diagnostica.

Altri disturbi bipolari. La diagnosi di disturbo bipolare I si differenzia dal disturbo bipolare II determinando la presenza o meno di episodi di mania pregressi. I disturbi bipolari e correlati con altra specificazione e senza specificazione dovrebbero essere differenziati dal disturbo bipolare I e II considerando se gli episodi che implicano sintomi maniacali o ipomaniacali oppure gli episodi che implicano sintomi depressivi riescono a soddisfare pienamente i criteri per tali condizioni.

Il disturbo bipolare dovuto a un'altra condizione medica può essere distinto dal disturbo bipolare I e II identificando, sulla base delle migliori evidenze cliniche, una condizione medica correlata causalmente.

Disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, disturbo da stress post-traumatico o altri disturbi d'ansia. Questi disturbi devono essere considerati nella diagnosi differenziale sia come disturbo primario sia, in alcuni casi, come disturbo in comorbilità. Per differenziare il disturbo d'ansia generalizzata dal disturbo bipolare è necessaria una storia accurata dei sintomi, dato che le ruminazioni ansiose possono essere confuse con la fuga dei pensieri, e gli sforzi per minimizzare i sentimenti ansiosi possono essere presi come un comportamento impulsivo. In modo simile, è necessario differenziare i sintomi del disturbo da stress post-traumatico dal disturbo bipolare. Nel porre la diagnosi differenziale, è utile valutare la natura episodica dei sintomi descritti, così come considerare i fattori di innesco dei sintomi.

Disturbo bipolare indotto da sostanze/farmaci. I disturbi da uso di sostanze possono manifestarsi con sintomi maniacali indotti da sostanze/farmaci che devono essere distinti dal disturbo bipolare I; la risposta agli stabilizzatori dell'umore durante la mania indotta da sostanze/farmaci può non essere necessariamente diagnostica per disturbo bipolare. Può esserci una sostanziale sovrapposizione in considerazione della propensione degli individui con disturbo bipolare I a fare uso eccessivo di sostanze durante un episodio. Una diagnosi primaria di disturbo bipolare deve essere posta sulla base dei sintomi che restano una volta che le sostanze non vengono più usate.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Questo disturbo può essere diagnosticato erroneamente come disturbo bipolare, soprattutto negli adolescenti e nei bambini. Molti sintomi si sovrappongono ai sintomi della mania, come eloquio rapido, fuga dei pensieri, distraibilità e minore bisogno di sonno. Il "doppio conteggio" dei sintomi sia del DDAI sia del disturbo bipolare può essere evitato se il clinico chiarisce se il sintomo/i rappresenta/ano un episodio distinto.

Disturbi di personalità. I disturbi di personalità, come il disturbo borderline di personalità, possono avere una sostanziale sovrapposizione sintomatica con i disturbi bipolari, in quanto la labilità dell'umore e l'impulsività sono comuni in entrambe le condizioni. I sintomi devono rappresentare un episodio definito e deve essere presente il notevole aumento al di sopra del comportamento di base richiesto per la diagnosi di disturbo bipolare. Una diagnosi di disturbo di personalità non dovrebbe essere fatta durante un episodio dell'umore non trattato.

Disturbi con irritabilità prominente. Negli individui con grave irritabilità, in particolare bambini e adolescenti, si deve prestare attenzione nell'applicare la diagnosi di disturbo bipolare solo a coloro che hanno avuto un episodio evidente di mania o ipomania, cioè un periodo di tempo definito, della durata richiesta, durante il quale l'irritabilità è stata chiaramente differente da quella di base dell'individuo ed è stata accompagnata dall'esordio dei sintomi del Criterio B. Quando l'irritabilità di un bambino è persistente e particolarmente grave, sarebbe più appropriata la diagnosi di disturbo da disregolazione dirompente dell'umore. Infatti, quando un bambino è soggetto a valutazione per la mania, è essenziale che i sintomi rappresentino una modificazione evidente del comportamento tipico del bambino.

Comorbilità

Disturbi mentali concomitanti sono comuni e i più frequenti sono i disturbi d'ansia (per es., attacchi di panico, disturbo d'ansia sociale [fobia sociale], fobia specifica) che si verificano in circa tre quarti degli individui; DDAI, un qualsiasi disturbo da disregolazione dirompente dell'umore o disturbo della condotta (per es., disturbo esplosivo intermittente, disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo della condotta) e un qualsiasi disturbo da uso di sostanze (per es., disturbo da uso di alcol) si verificano in più della metà degli individui con disturbo bipolare I. Adulti con disturbo bipolare I hanno maggiori tassi di condizioni mediche concomitanti gravi e/o non trattate. La sindrome metabolica e l'emicrania sono più comuni tra individui con disturbo bipolare rispetto alla popolazione generale. Più della metà degli individui, i cui sintomi soddisfano i criteri per un disturbo bipolare, presenta un disturbo da uso di alcol, e quelli con entrambi i disturbi hanno un maggiore rischio di tentativi di suicidio.

Disturbo bipolare II 296.89 (F31.81)

Criteri diagnostici

Per la diagnosi di disturbo bipolare II è necessario soddisfare i seguenti criteri per un attuale o pregresso episodio ipomaniacale e i seguenti criteri per un attuale o pregresso episodio depressivo maggiore:

Episodio ipomaniacale

A. Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e aumento anomalo e persistente dell'attività o dell'energia, della durata di almeno 4 giorni consecutivi e presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni.

B. Durante il periodo di alterazione dell'umore e di aumento di energia o attività, tre (o più) dei seguenti sintomi (quattro, se l'umore è solo irritabile) sono stati presenti, rappresentano un cambiamento evidente rispetto al comportamento abituale e si manifestano a un livello significativo:

1. Autostima ipertrofica o grandiosità.
2. Diminuito bisogno di sonno (per es., sentirsi riposati/e dopo solo 3 ore di sonno).
3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare.
4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
5. Distraibilità (cioè attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti), come riferita o osservata.
6. Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria.
7. Eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati).

C. L'episodio è associato a un cambiamento inequivocabile nel funzionamento, che non è caratteristico dell'individuo quando è asintomatico.

D. L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel funzionamento sono osservabili da altri.

E. L'episodio non è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo, o da richiedere l'ospedalizzazione. Se sono presenti manifestazioni psicotiche, l'episodio è, per definizione, maniacale.

F. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., sostanza di abuso, un farmaco, un altro trattamento).

Nota: Un episodio ipomaniacale completo che emerge durante un trattamento antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsiva), ma che persiste a un livello sindromico completo oltre l'effetto fisiologico del trattamento, costituisce un'evidenza sufficiente per una diagnosi di episodio ipomaniacale. Tuttavia, è indicata cautela in modo che uno o due sintomi (in particolare un aumento di irritabilità, nervosismo o agitazione a seguito di uso di antidepressivi) non vengano considerati come sufficienti per una diagnosi di episodio ipomaniacale, né necessariamente indicativi di una diatesi bipolare.

Episodio depressivo maggiore

A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

Nota: Non comprendere sintomi chiaramente attribuibili a una condizione medica.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a). (**Nota:** Nei bambini e negli adolescenti, l'umore può essere irritabile.)
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come riportato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).
3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni. (**Nota:** Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali.)
4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).
6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.
7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimento di colpa per il fatto di essere ammalato/a).
8. Ridotta capacità di pensare o concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri).
9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio, o un piano specifico per commettere suicidio.

B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Nota: I Criteri A-C costituiscono un episodio depressivo maggiore.

Nota: Risposte a una perdita significativa (per es., lutto, tracollo finanziario, perdite derivanti da un disastro naturale, una grave patologia medica o disabilità) possono comprendere sentimenti di intensa tristezza, ruminazione sulla perdita, insonnia, scarso appetito e perdita di peso, annotati nel Criterio A, che possono assomigliare a un episodio depressivo. Nonostante tali sintomi possano essere comprensibili oppure considerati appropriati alla perdita, la presenza di un episodio depressivo maggiore in aggiunta alla normale risposta a una perdita significativa dovrebbe essere considerata attentamente. Questa decisione richiede inevitabilmente una valutazione clinica basata sulla storia dell'individuo e sulle norme culturali per l'espressione del disagio nel contesto della perdita.[1]

[1] Nel distinguere il lutto da un episodio depressivo maggiore (EDM) è utile considerare che nel lutto il vissuto predominante consiste in sentimenti di vuoto e di perdita, mentre nell'EDM consiste in un umore depresso persistente e un'incapacità di provare felicità o piacere. La disforia nel lutto di solito diminuisce di intensità nel corso di giorni o settimane e si verifica a ondate. Queste tendono a essere associate a pensieri o ricordi del defunto. L'umore depresso nell'EDM è più persistente e non è legato a specifici pensieri o preoccupazioni. Il dolore del lutto può essere accompagnato da umore ed emozioni positivi che non sono caratteristici dell'infelicità e sofferenza pervasive tipiche di un EDM. Il contenuto del pensiero associato al lutto presenta generalmente una preoccupazione relativa a pensieri e ricordi del defunto, piuttosto che le ruminazioni autocritiche o pessimistiche osservate nell'EDM. Nel lutto, l'autostima è generalmente preservata, mentre nell'EDM sono comuni sentimenti di autosvalutazione e disgusto per se stessi. Se nel lutto è presente ideazione autodenigratoria, si tratta in genere di carenze percepite nei confronti del defunto (per es., non averlo visitato abbastanza frequentemente, non aver detto al defunto quanto fosse amato). Se un individuo che ha subito un lutto ha pensieri relativi alla morte e al morire, tali pensieri sono generalmente focalizzati sul defunto ed eventualmente sul "raggiungere" il defunto, mentre nell'EDM tali pensieri sono focalizzati sul mettere fine alla propria vita per sentimenti di inutilità, di essere immeritevoli della vita, oppure incapaci di far fronte al dolore della depressione.

Disturbo bipolare II

A. Sono soddisfatti i criteri per almeno un episodio maniacale (Criteri A-F sotto "Episodio ipomaniacale", sopra) e per almeno un episodio depressivo maggiore (Criteri A-C sotto "Episodio depressivo maggiore", sopra).

B. Non vi è mai stato un episodio maniacale.

C. Il verificarsi dell'episodio/i ipomaniacale e dell'episodio/i depressivo maggiore non è meglio spiegato da un disturbo schizoaffettivo, da schizofrenia, da un disturbo schizofreniforme, da un disturbo delirante o da un disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.

D. I sintomi della depressione oppure l'imprevedibilità causati dalla frequente alternanza tra periodi di depressione e di ipomania causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Procedure di codifica e registrazione

Il disturbo bipolare II ha un codice diagnostico: 296.89 (F31.81). Il suo status, rispetto all'attuale gravità, alla presenza di caratteristiche psicotiche, decorso e altri specificatori non può essere codificato ma dovrebbe essere indicato in forma scritta (per es., 296.89 [F31.81] disturbo bipolare II, attuale episodio depressivo, gravità moderata, con caratteristiche miste; 296.89 [F31.81] disturbo bipolare II, episodio depressivo più recente, in remissione parziale).

Specificare l'attuale o più recente episodio:

Ipomaniacale

Depressivo

Specificare se:

Con ansia (pp. 172-173)

Con caratteristiche miste (pp. 173-174)

Con cicli rapidi (p. 174)

Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore (p. 176)

Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore (p. 176)

Con catatonia (p. 176). **Nota di codifica:** Utilizzare codice aggiuntivo 293.89 (F06.1).

Con esordio nel peripartum (pp. 176-177)

Con andamento stagionale (pp. 177-178): Si applica solo all'andamento degli episodi depressivi maggiori.

Specificare il decorso se attualmente non sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio di alterazione dell'umore:

In remissione parziale (p. 178)

In remissione completa (p. 178)

Specificare la gravità se attualmente non sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio di alterazione dell'umore:

Lieve (p. 178)

Moderata (p. 178)

Grave (p. 178)

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo bipolare II è caratterizzato da un decorso clinico con ricorrenti episodi di alterazione dell'umore, che consistono in uno o più episodi depressivi maggiori (Criteri A-C sotto "Episodio depressivo maggiore") e da almeno un episodio ipomaniacale (Criteri A-F sotto "Episodio ipomaniacale"). Per soddisfare i criteri diagnostici, l'episodio depressivo maggiore deve durare almeno 2 settimane e l'episodio ipomaniacale deve durare almeno 4 giorni. Durante l'episodio/i dell'umore, il numero di sintomi richiesto deve essere presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, e deve rappresentare un cambiamento evidente rispetto al comportamento e funzionamento abituali. La presenza di un episodio maniacale durante il decorso del disturbo preclude la diagnosi di disturbo bipolare II (Criterio B sotto "Disturbo bipolare II"). Episodi di disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci oppure di disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci (che rappresentano gli effetti fisiologici di un farmaco, di altri trattamenti somatici per la depressione, sostanze di abuso o esposizione a tossine) oppure di disturbo depressivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica o disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica non contano per una diagnosi di disturbo bipolare II, a meno che essi non persistano al di là degli effetti fisiologici del trattamento o della sostanza e quindi soddisfino i criteri di durata per un episodio. In aggiunta, gli episodi non devono risultare meglio spiegati dal disturbo schizoaffettivo, né sovrapposti a schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione (Criterio C sotto "Disturbo bipolare II). Gli episodi depressivi o le fluttuazioni ipomaniacali devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio D sotto "Disturbo bipolare II"); tuttavia, per gli episodi ipomaniacali, questo requisito non deve essere soddisfatto. Un episodio ipomaniacale che causa una compromissione significativa probabilmente avrebbe i requisiti per la diagnosi di episodio maniacale e, quindi, una diagnosi di disturbo bipolare I nell'arco di vita. Gli episodi depressivi maggiori ricorrenti sono spesso più frequenti e più lunghi di quelli che si verificano nel disturbo bipolare I.

Gli individui con disturbo bipolare II si presentano all'attenzione clinica tipicamente durante un episodio depressivo maggiore ed è poco probabile che inizialmente si lamentino dell'ipomania. Tipicamente, gli episodi ipomaniacali stessi non causano compromissione. Per contro, la compromissione deriva dagli episodi depressivi maggiori o da un pattern persistente di cambiamenti imprevedibili e oscillazioni dell'umore, funzionamento interpersonale e lavorativo inaffidabili.

Gli individui con disturbo bipolare II possono non considerare gli episodi ipomaniacali come patologici o svantaggiosi, sebbene gli altri possano essere turbati dal comportamento stravagante dell'individuo. Informazioni cliniche da parte di altri informatori, come amici o parenti stretti, sono spesso utili per porre la diagnosi di disturbo bipolare II.

Un episodio ipomaniacale non dovrebbe essere confuso con alcuni giorni di eutimia e una recuperata energia o attività che può seguire la remissione da un episodio depressivo maggiore. Nonostante le sostanziali differenze nella durata e gravità tra un episodio maniacale e ipomaniacale, il disturbo bipolare II non è "una forma più lieve" del disturbo bipolare I. Confrontati con individui con disturbo bipolare I, gli individui con disturbo bipolare II hanno una maggiore cronicità del disturbo e passano, in media, più tempo nella fase depressiva della loro patologia, che può essere grave e/o disabilitante. Negli individui con disturbo bipolare II sono frequenti sintomi depressi-

vi in concomitanza con un episodio ipomaniacale o sintomi ipomaniacali in concomitanza con un episodio depressivo e sono sovrarappresentati nelle donne, in particolare l'ipomania con caratteristiche miste. Gli individui che esperiscono ipomania con caratteristiche miste possono non etichettare i propri sintomi come ipomania, ma invece esperirli come depressione con aumento di energia o irritabilità.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Una caratteristica comune del disturbo bipolare II è l'impulsività, che può contribuire ai tentativi di suicidio e a disturbi da uso di sostanze. L'impulsività può anche derivare da un concomitante disturbo di personalità, disturbo da uso di sostanze, disturbo d'ansia, un altro disturbo mentale, oppure da un'altra condizione medica. In alcuni individui con disturbo bipolare possono essere presenti livelli di creatività accresciuti. Tuttavia, tale relazione può non essere lineare; ovvero, maggiori realizzazioni creative nell'arco di vita sono state associate a forme più lievi di disturbo bipolare, e una maggiore creatività è stata riscontrata nei familiari non affetti dal disturbo. L'attaccamento dell'individuo all'accresciuta creatività durante gli episodi ipomaniacali può contribuire all'ambivalenza nei confronti del trattamento oppure minare l'aderenza al trattamento stesso.

Prevalenza

La prevalenza a 12 mesi del disturbo bipolare II, a livello internazionale, è dello 0,3%. Negli Stati Uniti, i tassi di prevalenza a 12 mesi sono dello 0,8%. Il tasso di prevalenza del disturbo bipolare II a livello pediatrico è difficile da stabilire. Il disturbo bipolare I, bipolare II e il disturbo bipolare senza specificazione, contenuti all'interno del DSM-IV, hanno raccolto un tasso di prevalenza combinato dell'1,8% in campioni statunitensi e non statunitensi, con tassi maggiori (2,7% complessivo) nei giovani di 12 anni o più grandi.

Sviluppo e decorso

Nonostante il disturbo bipolare II possa cominciare in tarda adolescenza e durante tutta l'età adulta, l'età media di esordio è intorno alla metà della terza decade, cioè leggermente più tardi rispetto al disturbo bipolare I ma più precocemente rispetto al disturbo depressivo maggiore. La patologia comincia spesso con un episodio depressivo e non viene riconosciuta come disturbo bipolare II finché non si verifica un episodio ipomaniacale; questo accade in circa il 12% degli individui con una diagnosi iniziale di disturbo depressivo maggiore. Anche disturbi d'ansia, da uso di sostanze o dell'alimentazione possono precedere la diagnosi, complicando la sua individuazione. Molti individui esperiscono alcuni episodi di depressione maggiore prima del riconoscimento del primo episodio ipomaniacale.

Il numero di episodi lifetime (sia episodi ipomaniacali sia episodi depressivi maggiori) tende a essere più elevato per il disturbo bipolare II rispetto al disturbo depressivo maggiore o al disturbo bipolare I. Tuttavia, gli individui con disturbo bipolare I hanno in realtà più probabilità di fare esperienza di sintomi ipomaniacali rispetto agli individui con disturbo bipolare II. L'intervallo tra gli episodi dell'umore nel corso del disturbo bipolare II tende a decrescere con l'invecchiare dell'individuo. Mentre l'episodio ipomaniacale è la caratteristica che definisce il disturbo bipolare II, gli episodi depressivi sono più duraturi e invalidanti nel tempo. Nonostante la predominanza della depressione, una volta che si è verificato un episodio ipomaniacale la diagnosi diventa di disturbo bipolare II e non si riconverte mai in disturbo depressivo maggiore.

Approssimativamente il 5-15% degli individui con disturbo bipolare II ha episodi dell'umore (ipomaniacali o depressivi maggiori) multipli (quattro o più) entro i precedenti 12 mesi. Se è presente questo pattern, esso viene annotato con lo specificatore "con cicli rapidi". Per definizione, i sintomi psicotici non si verificano durante gli episodi ipomaniacali e sembrano meno frequenti negli episodi depressivi maggiori del disturbo bipolare II rispetto al disturbo bipolare I.

Il passaggio da un episodio depressivo a un episodio ipomaniacale (con o senza caratteristiche miste) può verificarsi sia spontaneamente sia durante il trattamento della depressione. Circa il 5-15% degli individui con disturbo bipolare II svilupperà alla fine un episodio maniacale, che modifica la diagnosi in disturbo bipolare I, indipendentemente dal successivo decorso.

Porre la diagnosi nei bambini può risultare spesso difficile, soprattutto in quelli con irritabilità e iperarousal *non episodici* (cioè mancanza di periodi ben definiti di umore alterato). L'irritabilità non episodica nei giovani è associata a un elevato rischio di disturbi d'ansia e disturbo depressivo maggiore in età adulta, ma non di disturbo bipolare. Giovani persistentemente irritabili hanno minori tassi familiari di disturbo bipolare rispetto a giovani che hanno un disturbo bipolare. Perché venga diagnosticato un episodio ipomaniacale, i sintomi nel bambino devono eccedere ciò che è previsto in una data cultura e in un dato ambiente per lo stadio di sviluppo del bambino. Confrontato con l'esordio del disturbo bipolare II in età adulta, l'esordio in età pediatrica o adolescenziale può essere associato a un decorso più grave nell'arco di vita. Il tasso di incidenza a 3 anni del primo esordio del disturbo bipolare II negli adulti con più di 60 anni è dello 0,34%. Tuttavia, la distinzione tra individui con più di 60 anni con disturbo bipolare II a esordio tardivo rispetto a un esordio in età precoce non sembra avere alcuna utilità clinica.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Il rischio di disturbo bipolare II tende a essere più elevato tra parenti degli individui con disturbo bipolare II, al contrario degli individui con disturbo bipolare I o disturbo depressivo maggiore. Possono esservi fattori genetici che influenzano l'età di esordio dei disturbi bipolari.

Modificatori del decorso. Un pattern con cicli rapidi è associato a una prognosi peggiore. Il ritorno al precedente livello di funzionamento sociale per gli individui con disturbo bipolare II è più probabile per gli individui più giovani e con depressione meno grave, suggerendo effetti negativi del prolungamento della patologia sulla guarigione. Una maggiore istruzione, meno anni di malattia ed essere sposati sono associati indipendentemente alla guarigione funzionale negli individui con disturbo bipolare, anche dopo aver preso in considerazione il tipo diagnostico (I versus II), gli attuali sintomi depressivi e la presenza di comorbilità psichiatrica.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Mentre il rapporto di genere per il disturbo bipolare I è uguale, i risultati sulle differenze di genere nel disturbo bipolare II sono misti, poiché differiscono a seconda del tipo di campione (per es., registri, comunità o clinici) e del paese d'origine. Vi sono poche o nessuna evidenza di differenze di genere nel disturbo bipolare, mentre alcuni, ma non tutti, i campioni clinici suggeriscono che il disturbo bipolare II è più comune nelle femmine piuttosto che nei maschi, il che può riflettere differenze di genere nella richiesta di trattamento o di altri fattori.

Pattern di patologia e comorbilità, tuttavia, sembrano presentare differenze di genere, con le femmine che riportano la presenza di ipomania con caratteristiche depressive miste e un decorso con cicli rapidi più spesso rispetto ai maschi. Il parto può essere uno specifico fattore scatenante per un episodio ipomaniacale, che può verificarsi nel 10-20% delle femmine in popolazioni non cliniche e più tipicamente nel primo periodo del postpartum. Può essere impegnativo distinguere l'ipomania dall'umore euforico e dal sonno ridotto che normalmente accompagnano la nascita di un bambino. L'ipomania del postpartum può prefigurare l'esordio di una depressione che si verifica in circa metà delle femmine che fanno esperienza di euforia nel postpartum. Un'accurata individuazione del disturbo bipolare II può aiutare a stabilire un trattamento appropriato della depressione, che può ridurre il rischio di suicidio e di infanticidio.

Rischio di suicidio

Il rischio suicidario è alto nel disturbo bipolare II. Circa un terzo degli individui con disturbo bipolare II riferisce una storia lifetime di tentativi di suicidio. I tassi di prevalenza di tentati suicidi lifetime nel disturbo bipolare I e II sembrano essere simili (rispettivamente 32,4% e 36,3%). Tuttavia, la letalità dei tentativi, come definito da un rapporto più basso tra tentativi di suicidio e suicidi portati a termine, può essere maggiore negli individui con disturbo bipolare II rispetto agli individui con disturbo bipolare I. Può esservi un'associazione tra marker genetici e aumentato rischio di comportamenti suicidari in individui con disturbo bipolare, compreso un rischio di suicidio 6,5 volte maggiore tra parenti di primo grado di probandi con disturbo bipolare II confrontati con quelli con disturbo bipolare I.

Conseguenze funzionali del disturbo bipolare II

Sebbene molti individui con disturbo bipolare II ritornino a un pieno livello di funzionamento nell'intervallo tra episodi dell'umore, almeno il 15% continua a presentare alcune disfunzioni interepisodiche e il 20% passa direttamente a un altro episodio dell'umore senza recupero interepisodico. Il recupero funzionale è molto più lento del miglioramento dai sintomi del disturbo bipolare II, soprattutto per quanto riguarda il recupero del funzionamento lavorativo, che porta a uno status socioeconomico più basso, nonostante livelli equivalenti di istruzione rispetto alla popolazione generale. Gli individui con disturbo bipolare II hanno prestazioni più scarse nei test cognitivi rispetto agli individui sani, a eccezione della memoria e della fluidità semantica, e hanno deficit cognitivi sovrapponibili a quelli degli individui con disturbo bipolare I. I deficit cognitivi associati al disturbo bipolare II possono contribuire alle difficoltà professionali. Una prolungata disoccupazione negli individui con disturbo bipolare è associata a un numero maggiore di episodi di depressione, a maggiore età, ad aumentati tassi di disturbo di panico e a una storia lifetime di disturbo da uso di alcol.

Diagnosi differenziale

Disturbo depressivo maggiore. Forse la diagnosi differenziale più impegnativa da considerare è il disturbo depressivo maggiore, che può essere accompagnato da sintomi maniacali o ipomaniacali che non soddisfano pienamente i criteri (cioè un minor numero di sintomi o una minore durata rispetto a quanto richiesto per un episodio ipomaniacale). Questo è vero soprattutto nella valutazione di individui con sintomi di irritabilità, che possono essere associati al disturbo depressivo maggiore o al disturbo bipolare II.

Disturbo ciclotimico. Nel disturbo ciclotimico sono presenti numerosi periodi con sintomi ipomaniacali e sintomi depressivi che non soddisfano i criteri sintomatologici o di durata per un episodio depressivo maggiore. Il disturbo bipolare II si distingue dal disturbo ciclotimico per la presenza di uno o più episodi depressivi maggiori. Se dopo i primi 2 anni di disturbo ciclotimico si verifica un episodio depressivo maggiore, viene posta la diagnosi aggiuntiva di disturbo bipolare II.

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici. Il disturbo bipolare II deve essere distinto dai disturbi psicotici (per es., disturbo schizoaffettivo, schizofrenia e disturbo delirante). La schizofrenia, il disturbo schizoaffettivo e il disturbo delirante sono tutti caratterizzati da periodi con sintomi psicotici che si verificano in assenza di prominenti sintomi dell'umore. Altre utili considerazioni comprendono sintomi di accompagnamento, decorso precedente e storia familiare.

Disturbo di panico o altri disturbi d'ansia. I disturbi d'ansia necessitano di essere considerati nella diagnosi differenziale e spesso possono essere presenti come disturbi concomitanti.

Disturbi da uso di sostanze. I disturbi da uso di sostanze sono compresi nella diagnosi differenziale.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) può essere erroneamente diagnosticato come disturbo bipolare II, soprattutto nei bambini e negli adolescenti. Molti sintomi del DDAI, come eloquio rapido, rapida successione di pensieri, distraibilità e minore bisogno di sonno si sovrappongono ai sintomi dell'ipomania. Il "conteggio doppio" dei sintomi sia del DDAI sia del disturbo bipolare II può essere evitato se il clinico chiarisce se i sintomi rappresentano un episodio definito e se è presente il notevole aumento oltre la condizione di base richiesto per la diagnosi di disturbo bipolare II.

Disturbi di personalità. La stessa norma applicata al DDAI viene applicata anche quando si valuta un individuo per un disturbo di personalità come il disturbo borderline di personalità, dal momento che la labilità dell'umore e l'impulsività sono comuni sia nei disturbi di personalità sia nel disturbo bipolare II. I sintomi devono rappresentare un episodio definito e deve essere presente il notevole aumento oltre la condizione di base richiesto per la diagnosi di disturbo bipolare II. Una diagnosi di un disturbo di personalità non dovrebbe essere posta durante un episodio dell'umore non trattato, salvo che la storia dell'arco di vita supporti la presenza di un disturbo di personalità.

Altri disturbi bipolari. La diagnosi di disturbo bipolare II dovrebbe essere differenziata dal disturbo bipolare I considerando accuratamente se vi siano stati in passato episodi di mania oppure dal disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione o senza specificazione, confermando la presenza di ipomania e depressione piena sindromiche.

Comorbilità

Il disturbo bipolare II è più spesso associato a uno o più disturbi mentali concomitanti, in cui i disturbi d'ansia sono i più comuni. Circa il 60% degli individui con disturbo bipolare II ha tre o più disturbi mentali concomitanti; il 75% ha un disturbo d'ansia; e il 37% ha un disturbo da uso di sostanze. Bambini e adolescenti con disturbo bipolare II hanno un maggiore tasso di disturbi d'ansia concomitanti rispetto a quelli con disturbo bipolare I, e il più delle volte il disturbo d'ansia precede il disturbo bi-

polare. I disturbi d'ansia e da uso di sostanze si verificano in individui con disturbo bipolare II con un tasso più elevato rispetto alla popolazione generale. Circa il 14% degli individui con disturbo bipolare II ha almeno un disturbo dell'alimentazione lifetime, con il disturbo da binge-eating più comune rispetto alla bulimia nervosa e all'anoressia nervosa.

Questi disturbi concomitanti comuni non sembrano seguire un decorso di patologia che sia realmente indipendente da quello del disturbo bipolare, ma presentano piuttosto forti associazioni con gli stati d'umore. Per esempio, i disturbi d'ansia e dell'alimentazione tendono ad associarsi più ai sintomi depressivi e i disturbi da uso di sostanze sono moderatamente associati ai sintomi maniacali.

Disturbo ciclotimico 301.13 (F34.0)

Criteri diagnostici

A. Per almeno 2 anni (almeno 1 anno nei bambini e negli adolescenti) ci sono stati numerosi periodi con sintomi ipomaniacali che non soddisfano i criteri per un episodio ipomaniacale e numerosi periodi con sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un episodio depressivo maggiore.

B. Durante questo periodo di 2 anni (1 anno nei bambini e negli adolescenti), i periodi ipomaniacali e depressivi sono stati presenti per almeno metà del tempo e l'individuo non è stato senza sintomi per più di 2 mesi.

C. Non sono mai stati soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore, maniacale o ipomaniacale.

D. I sintomi del Criterio A non sono meglio spiegati da disturbo schizoaffettivo, schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.

E. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo).

F. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se:

Con ansia (si vedano pp. 172-173)

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo ciclotimico è un'alterazione dell'umore cronica, fluttuante, che implica numerosi periodi con sintomi ipomaniacali e periodi con sintomi depressivi che sono distinti l'uno dall'altro (Criterio A). I sintomi ipomaniacali sono insufficienti per numero, gravità, pervasività o durata per soddisfare pienamente i criteri per un episodio ipomaniacale, e i sintomi depressivi sono insufficienti per numero, gravità, pervasività o durata per soddisfare pienamente i criteri per un episodio depressivo maggiore. Durante l'iniziale periodo di 2 anni (1 anno per bambini o adolescenti) i sintomi devono essere persistenti (i giorni in cui sono presenti sono più frequenti di quelli in cui sono assenti) e ciascun intervallo libero da sintomi non dura più di 2 mesi (Criterio B). La diagnosi di disturbo ciclotimico viene fatta solo se non sono mai stati soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore, maniacale o ipomaniacale (Criterio C).

Se un individuo con disturbo ciclotimico presenta successivamente (cioè dopo i primi 2 anni negli adulti oppure 1 anno nei bambini e negli adolescenti) un episodio depressivo maggiore, maniacale o ipomaniacale, la diagnosi viene rispettivamente modificata in disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare I o disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione o senza specificazione (sottoclassificato come episodio ipomaniacale senza precedente episodio depressivo maggiore) e viene abbandonata la diagnosi di disturbo ciclotimico.

La diagnosi di disturbo ciclotimico non viene posta se il pattern dei viraggi dell'umore risulta meglio spiegato dal disturbo schizoaffettivo, dalla schizofrenia, dal disturbo schizofreniforme, dal disturbo delirante o da disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione (Criterio D), nel qual caso i sintomi dell'umore sono considerati caratteristiche associate al disturbo psicotico. Inoltre, l'alterazione dell'umore non deve essere attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo) (Criterio E). Sebbene alcune persone possano funzionare particolarmente bene durante alcuni periodi di ipomania, durante il decorso prolungato del disturbo, come conseguenza dell'alterazione dell'umore, ci deve essere un significativo disagio o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio F). La compromissione può svilupparsi come risultato di periodi prolungati di cicliche, e spesso imprevedibili, variazioni dell'umore (per es., l'individuo può essere considerato instabile, lunatico, imprevedibile, incoerente o inaffidabile).

Prevalenza

La prevalenza lifetime del disturbo ciclotimico è di circa lo 0,4-1%. La prevalenza negli ambulatori per i disturbi dell'umore può variare tra il 3 e il 5%. A quanto pare, nella popolazione generale, il disturbo ciclotimico è comune in modo equivalente tra maschi e femmine. In ambito clinico, è più probabile che a richiedere il trattamento per il disturbo ciclotimico siano le femmine, piuttosto che i maschi.

Sviluppo e decorso

Il disturbo ciclotimico di solito esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta e a volte si ritiene che rispecchi una predisposizione temperamentale ad altri disturbi presenti in questo capitolo. Il disturbo ciclotimico di solito ha un esordio insidioso e un decorso persistente. Vi è un rischio del 15-50% che un individuo con disturbo ciclotimico sviluppi in seguito il disturbo bipolare I o il disturbo bipolare II. L'esordio di sintomi ipomaniacali e depressivi persistenti e fluttuanti nella tarda età adulta deve essere chiaramente differenziato dal disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica e dal disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica (per es., sclerosi multipla) prima di assegnare la diagnosi di disturbo ciclotimico. Tra i bambini con disturbo ciclotimico, l'età media di esordio dei sintomi è 6,5 anni.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Il disturbo depressivo maggiore, il disturbo bipolare I e il disturbo bipolare II sono più comuni tra i familiari di primo grado degli individui con disturbo ciclotimico che nella popolazione generale. Ci può anche essere un aumentato rischio familiare di disturbi correlati a sostanze. Il disturbo ciclotimico può essere più comune nei familiari di primo grado degli individui con disturbo bipolare I che nella popolazione generale.

Diagnosi differenziale

Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica e disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica. La diagnosi di disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica e di disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica viene fatta quando l'alterazione dell'umore è giudicata attribuibile all'effetto fisiologico di una specifica condizione medica, di solito cronica (per es., ipertiroidismo). Questo giudizio si basa su storia, esame obiettivo o reperti di laboratorio. Quando si è valutato che i sintomi ipomaniacali e depressivi non sono la conseguenza fisiologica di una condizione medica, allora vengono codificati il disturbo mentale primario (cioè disturbo ciclotimico) e la condizione medica. Questo sarebbe il caso, per esempio, se i sintomi dell'umore fossero ritenuti una conseguenza psicologica (non fisiologica) di una condizione medica cronica o se non vi è una relazione eziologica tra i sintomi ipomaniacali e depressivi e la condizione medica.

Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci e disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci. Il disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci e il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci vengono distinti dal disturbo ciclotimico se si giudica che una sostanza/farmaco (specialmente stimolanti) sia eziologicamente correlata all'alterazione dell'umore. I frequenti viraggi dell'umore presenti in questi disturbi che sono indicativi di un disturbo ciclotimico di solito si risolvono con la cessazione dell'uso della sostanza/farmaco.

Disturbo bipolare I, con cicli rapidi, e disturbo bipolare II, con cicli rapidi. Entrambi i disturbi possono assomigliare al disturbo ciclotimico in virtù dei frequenti e marcati cambiamenti di umore. Per definizione, nel disturbo ciclotimico non sono mai stati soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore, maniacale o ipomaniacale, mentre lo specificatore "con cicli rapidi" relativo al disturbo bipolare I e al disturbo bipolare II richiede che siano presenti episodi dell'umore completi.

Disturbo borderline di personalità. Il disturbo borderline di personalità è associato a marcati cambiamenti di umore che possono far pensare a un disturbo ciclotimico. Se sono soddisfatti i criteri per entrambi i disturbi, possono essere diagnosticati sia il disturbo borderline di personalità sia il disturbo ciclotimico.

Comorbilità

Negli individui con disturbo ciclotimico possono essere presenti disturbi correlati a sostanze e disturbi del sonno (per es., difficoltà a iniziare e a mantenere il sonno). La maggior parte dei bambini con disturbo ciclotimico trattati in contesti psichiatrici ambulatoriali presenta condizioni mentali in comorbilità; questi bambini hanno maggiori probabilità di avere in comorbilità un disturbo da deficit di attenzione/iperattività rispetto ad altri pazienti pediatrici con disturbi mentali.

Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci

Criteri diagnostici

A. Un'alterazione dell'umore rilevante e persistente che domina il quadro clinico, caratterizzata da umore elevato, espanso o irritabile, con o senza umore depresso, o marcata riduzione di interesse o piacere in tutte, o quasi tutte, le attività.

B. C'è evidenza da storia, esame obiettivo o da riscontri di laboratorio di 1) e 2):
   1. I sintomi del Criterio A si sono sviluppati durante o subito dopo intossicazione o astinenza da sostanze oppure dopo l'esposizione a un farmaco.
   2. La sostanza/farmaco coinvolta è in grado di produrre i sintomi riportati al Criterio A.

C. L'alterazione non è meglio spiegata da un disturbo bipolare o disturbi correlati non indotto da sostanza/farmaco. Tale evidenza di un disturbo bipolare o disturbi correlati indipendente potrebbe comprendere le seguenti evidenze:

   I sintomi precedono l'esordio dell'uso della sostanza/farmaco; i sintomi persistono per un periodo di tempo significativo (per es., circa 1 mese) dopo la cessazione dell'astinenza acuta o dell'intossicazione grave; oppure ci sono altre evidenze a suggerire l'esistenza di un indipendente disturbo bipolare e disturbi correlati non indotto da sostanze/farmaci (per es., una storia di episodi ricorrenti non correlati a sostanze/farmaci).

D. L'alterazione non si verifica esclusivamente nel corso di un delirium.

E. L'alterazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota di codifica: I codici ICD-9-CM e ICD-10-CM per il disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da [specifica sostanza/farmaco] sono riportati nella tabella sottostante. Da notare che i codici ICD-10-CM dipendono dal fatto se vi sia, o non vi sia, la presenza di un disturbo da uso di sostanze in comorbilità per la stessa classe di sostanze. Se un disturbo da uso di sostanze lieve è in comorbilità con il disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze la 4ª posizione è "1" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] lieve" prima del disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze (per es., "disturbo da uso di cocaina lieve con disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da cocaina"). Se un disturbo da uso di sostanze moderato o grave è in comorbilità con il disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze, la 4ª posizione è "2" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] moderato", o "disturbo da uso di [sostanza] grave" in base alla gravità del disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Se non vi è comorbilità con un disturbo da uso di sostanze (per es., dopo l'uso pesante di una sostanza, avvenuto una sola volta), la 4ª posizione è "9" e il clinico dovrebbe registrare solo il disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Con disturbo da uso, lieve	Con disturbo da uso, moderato o grave	Senza disturbo da uso
Alcol	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Altri allucinogeni	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Sedativi, ipnotici o ansiolitici	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Amfetamine (o altri stimolanti)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaina	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Altre (o sconosciute) sostanze	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Specificare se (si veda Tabella 1 nel capitolo "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction" per le diagnosi associate alla classe di sostanze):

Con esordio durante l'intossicazione: Se vengono soddisfatti i criteri per l'intossicazione con la sostanza e i sintomi si sviluppano durante l'intossicazione.

Con esordio durante l'astinenza: Se vengono soddisfatti i criteri per l'astinenza dalla sostanza e i sintomi si sviluppano durante, o poco dopo, l'astinenza.

Procedure di registrazione

ICD-9-CM. La denominazione del disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci inizia con la sostanza specifica (per es., cocaina, desametasone) che si presume essere la causa dei sintomi dell'umore bipolari. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri diagnostici, la quale è basata sulla classe farmacologica. Per sostanze che non rientrano in nessuna delle classi (per es., desametasone), dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze"; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

La denominazione del disturbo è seguita dalla specificazione di esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza). A differenza delle procedure di registrazione dell'ICD-10-CM, che combinano il disturbo indotto da sostanze e il disturbo da uso di sostanze, per l'ICD-9-CM viene assegnato un codice diagnostico separato per il disturbo da uso di sostanze. Per esempio, nel caso di sintomi di irritabilità che si verificano durante l'intossicazione in un uomo con grave disturbo da uso di cocaina, la diagnosi è 292.84 disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da cocaina, con esordio durante l'intossicazione. Viene attribuita una diagnosi aggiuntiva di 304.20 grave disturbo da uso di cocaina. Quando si giudica che nello sviluppo dei sintomi dell'umore bipolari più di una sostanza giochi un ruolo significativo, ciascuna dovrebbe essere elencata separatamente (per es., 292.84 disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da metilfenidato, con esordio durante l'intossicazione; 292.84 disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da desametasone, con esordio durante l'intossicazione).

ICD-10-CM. La denominazione del disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci inizia con la sostanza specifica (per es., cocaina, desametasone) che si presume essere la causa dei sintomi dell'umore bipolari. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri diagnostici, la quale è basata sulla classe farmacologica e la presenza o assenza di un disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Per sostanze che non rientrano in nessuna delle classi (per es., desametasone), dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze"; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico ma la classe specifica della sostanza è sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

Quando si registra la denominazione del disturbo, il disturbo da uso di sostanze in comorbilità (se presente) viene elencato per primo, seguito dalla parola "con", seguito dalla denominazione del disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze, seguito dalla specificazione dell'esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza). Per esempio, nel caso di sintomi di irritabilità che si verificano durante l'intossicazione in un uomo con grave disturbo da uso di cocaina, la diagnosi è F14.24 grave disturbo da uso di cocaina con disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da cocaina, con esordio durante l'intossicazione. Non viene attribuita una diagnosi separata per il grave disturbo da uso di cocaina in comorbilità. Se il disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze si verifica senza un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., dopo l'uso pesante di una sostanza, avvenuto una sola volta), non viene indicato nessun disturbo da uso di sostanze in accompagnamento (per es., F15.94 disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da amfetamine, con esordio durante l'intossicazione). Quando si giudica che più di una sostanza giochi un ruolo significativo nello sviluppo dei sintomi dell'umore bipolari, ciascuna dovrebbe essere elencata separatamente (per es., F15.24 grave disturbo da uso di metilfenidato con disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da metilfenidato, con esordio durante l'intossicazione; F19.94 disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da desametasone, con esordio durante l'intossicazione).

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche diagnostiche del disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci sono essenzialmente le stesse della mania, dell'ipomania o della depressione. Un'eccezione fondamentale per la diagnosi di disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci è il caso dell'ipomania o della mania che si verifica successivamente all'uso di farmaci antidepressivi o altri trattamenti e persiste al di là degli effetti fisiologici del farmaco. Questa condizione è considerata un indicatore di reale disturbo bipolare, e non di disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci. Allo stesso modo, individui con episodi maniacali o ipomaniacali apparentemente indotti da terapia elettroconvulsiva che persistono al di là degli effetti fisiologici del trattamento vengono diagnosticati con disturbo bipolare, e non disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci.

Gli effetti indesiderati (per es., nervosismo, agitazione) di alcuni antidepressivi o altre sostanze psicotrope possono assomigliare ai sintomi primari di una sindrome maniacale, ma sono fondamentalmente distinti dai sintomi bipolari e non sono sufficienti per la diagnosi. Pertanto, i sintomi dei criteri della mania/ipomania hanno delle specificità (una semplice agitazione non è la stessa cosa di un eccessivo coinvolgimento in attività finalizzate), e deve essere presente un numero sufficiente di sintomi (non soltanto uno o due sintomi) per porre questa diagnosi. In particolare, la comparsa di uno o due sintomi non specifici – irritabilità, nervosismo o agitazione durante un trattamento antidepressivo – in assenza di una sindrome maniacale o ipomaniacale completa non dovrebbe essere utilizzata per sostenere una diagnosi di disturbo bipolare.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'eziologia (specificamente correlata all'uso di farmaci psicotropi o sostanze di abuso sulla base della migliore evidenza clinica) è la variabile fondamentale in questa forma di disturbo bipolare eziologicamente specificata. Sostanze/farmaci che sono considerate/i tipicamente associate/i al disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci comprendono la classe dei farmaci stimolanti, come fenciclidina e steroidi; tuttavia, continua a emergere un numero di potenziali sostanze come nuovi composti che vengono sintetizzati (per es., i cosiddetti "sali da bagno"). Una storia di uso di tali sostanze può essere utile ad aumentare la certezza diagnostica.

Prevalenza

Non vi sono studi epidemiologici di mania o di disturbo bipolare indotto da sostanze/farmaci. Ogni sostanza eziologica può avere il proprio rischio individuale di indurre un disturbo bipolare (maniacale/ipomaniacale).

Sviluppo e decorso

Nella mania indotta da fenciclidina, la manifestazione iniziale può essere quella di un delirium con caratteristiche affettive, che poi diventa uno stato maniacale o misto apparentemente atipico. Questa condizione segue rapidamente l'ingestione o l'inalazione, solitamente nel giro di ore o, al massimo, di pochi giorni. Negli stati maniacali o ipomaniacali indotti da stimolanti, la risposta avviene da pochi minuti a 1 ora dopo una o più ingestioni o iniezioni. L'episodio è molto breve e tipicamente si risolve in 1-2 giorni. Con corticosteroidi e alcuni farmaci immunosoppressori, la mania (o lo stato misto o depressivo) si manifesta solitamente dopo alcuni giorni dall'ingestione e le dosi più alte sembrano avere una maggiore probabilità di produrre sintomi bipolari.

Marker diagnostici

La determinazione della sostanza d'uso può essere fatta attraverso marker ematici o urinari al fine di corroborare la diagnosi.

Diagnosi differenziale

Il disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci dovrebbe essere differenziato dagli altri disturbi bipolari, dall'intossicazione da sostanze oppure dal delirium indotto da sostanze, e dagli effetti indesiderati dei farmaci (come indicato in precedenza). Un episodio maniacale completo che emerge durante un trattamento antidepressivo (per es., farmaco, terapia elettroconvulsiva) ma che persiste a un livello sindromico completo al di là dell'effetto fisiologico di tale trattamento è un'evidenza sufficiente per la diagnosi di disturbo bipolare I. Un episodio ipomaniacale completo che emerge durante un trattamento antidepressivo (per es., farmaco, terapia elettroconvulsiva) ma che persiste a un livello sindromico al di là dell'effetto fisiologico di tale trattamento è un'evidenza sufficiente per una diagnosi di disturbo bipolare II solo se preceduto da un episodio depressivo maggiore.

Comorbilità

Le comorbilità sono quelle associate all'uso di sostanze illecite (nel caso di stimolanti illeciti o fenciclidina) o la deviazione dagli stimolanti prescritti. Le comorbilità correlate a steroidi o farmaci immunosoppressori sono legate alle indicazioni mediche per cui si usano questi preparati. Il delirium può verificarsi prima o contemporaneamente ai sintomi maniacali in individui che assumono fenciclidina oppure quelli a cui sono stati prescritti farmaci steroidi oppure altri farmaci immunosoppressori.

Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica

Criteri diagnostici

A. Un periodo rilevante e persistente di umore anormalmente elevato, espanso o irritabile e un aumento anomalo di attività o energia che predomina nel quadro clinico.

B. Vi è evidenza da storia, esame obiettivo o dati di laboratorio che l'alterazione è la conseguenza patofisiologica diretta di un'altra condizione medica.

C. L'alterazione non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale.

D. L'alterazione non si verifica esclusivamente nel corso di un delirium.

E. L'alterazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, oppure è necessaria l'ospedalizzazione al fine di prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti caratterizzazioni psicotiche.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM per il disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica è **293.83**, che viene assegnato indipendentemente dallo specificatore. Il codice ICD-10-CM dipende dallo specificatore (si veda sotto).

Specificare se:

(F06.33) Con caratteristiche maniacali: Non sono soddisfatti pienamente tutti i criteri per un episodio maniacale o ipomaniacale.

(F06.33) Con episodio simil-maniacale o simil-ipomaniacale: Sono soddisfatti pienamente tutti i criteri tranne il Criterio D per un episodio maniacale o tranne il Criterio F per un episodio ipomaniacale.

(F06.34) Con caratteristiche miste: Sono presenti anche sintomi di depressione ma non predominano nel quadro clinico.

Nota di codifica: Includere la denominazione dell'altra condizione medica nella denominazione del disturbo mentale (per es., 293.83 [F06.33] disturbo bipolare dovuto a ipertiroidismo, con caratteristiche maniacali). Anche l'altra condizione medica dovrebbe essere codificata ed elencata separatamente immediatamente prima del disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto alla condizione medica (per es., 242.90 [E05.90] ipertiroidismo; 293.83 [F06.33] disturbo bipolare dovuto a ipertiroidismo, con caratteristiche maniacali).

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche essenziali del disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica sono la presenza di un rilevante e persistente periodo di umore anormalmente elevato, espanso o irritabile e anomalo aumento di attività o energia che predominano nel quadro clinico, che è attribuibile a un'altra condizione medica (Criterio B). Nella maggior parte dei casi il quadro maniacale o ipomaniacale può comparire nel corso della manifestazione iniziale della condizione medica (cioè entro 1 mese); tuttavia, vi sono eccezioni, soprattutto nelle condizioni mediche croniche che possono peggiorare o portare a una ricaduta e annunciano la comparsa del quadro maniacale o ipomaniacale. Il disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica non dovrebbe essere diagnosticato quando gli episodi maniacali o ipomaniacali precedono con certezza la condizione medica, in quanto la diagnosi corretta dovrebbe essere di disturbo bipolare (tranne che nella circostanza insolita in cui tutti i precedenti episodi maniacali o ipomaniacali – oppure quando si è verificato un solo episodio, il precedente episodio maniacale o ipomaniacale – erano associati all'ingestione di una sostanza/farmaco). La diagnosi di disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica non dovrebbe essere posta nel corso di un delirium (Criterio D). L'episodio maniacale o ipomaniacale nel disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica deve causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, per qualificarsi per questa diagnosi (Criterio E).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'eziologia (cioè la relazione causale con un'altra condizione medica basata sulla migliore evidenza clinica) è la variabile fondamentale in questa forma di disturbo bipo-

lare eziologicamente specificata. L'elenco delle condizioni mediche che sono considerate in grado di indurre mania non è mai completo, e il miglior giudizio del clinico è l'essenza di questa diagnosi. Tra le condizioni mediche meglio conosciute come causa di una condizione bipolare maniacale o ipomaniacale vi sono il morbo di Cushing e la sclerosi multipla, così come ictus e danni cerebrali da trauma.

Sviluppo e decorso

Il disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica ha solitamente un esordio acuto oppure subacuto entro la prima settimana o mese dall'esordio della condizione medica associata. Tuttavia, non è sempre questo il caso, e un peggioramento o una successiva ricaduta della condizione medica associata può precedere l'esordio della sindrome maniacale o ipomaniacale. In queste situazioni il clinico deve porre un giudizio clinico se la condizione medica abbia o non abbia un ruolo causale, basato sulla sequenza temporale così come sulla plausibilità della relazione causale. Infine, la condizione può andare incontro a remissione prima o poco dopo la remissione della condizione medica, in particolare quando il trattamento dei sintomi maniacali/ipomaniacali è efficace.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Differenze correlate alla cultura, nella misura in cui ve ne sia qualche evidenza, si riferiscono a quelle associate alla condizione medica (per es., tassi di sclerosi multipla e di ictus variano in tutto il mondo sulla base di fattori dietetici e genetici, e sulla base di altri fattori ambientali).

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le differenze di genere si riferiscono a quelle associate alla condizione medica (per es., il lupus eritematoso sistemico è più comune nelle femmine; l'ictus è un po' più comune nei maschi di mezza età rispetto alle femmine).

Marker diagnostici

I marker diagnostici si riferiscono a quelli associati alla condizione medica (per es., livelli di steroidi nel sangue o nelle urine per aiutare a corroborare la diagnosi di morbo di Cushing, che può essere associato a sindromi maniacali o depressive; esami di laboratorio che confermano la diagnosi di sclerosi multipla).

Conseguenze funzionali del disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica

Le conseguenze funzionali dei sintomi bipolari possono esacerbare i problemi associati alla condizione medica e possono comportare esiti peggiori dovuti a interferenza con il trattamento medico. In generale, si ritiene, ma non è accertato, che quando la patologia è indotta dal morbo di Cushing, non si ripresenti se il morbo di Cushing viene curato o arrestato. È stato inoltre suggerito, ma non accertato, che sindromi dell'umore, comprese quelle depressive e maniacali/ipomaniacali, possono essere episodiche (cioè ricorrenti) con lesioni cerebrali statiche e altre malattie del sistema nervoso centrale.

Diagnosi differenziale

Sintomi di delirium, catatonia e ansia acuta. È importante differenziare sintomi della mania da sintomi deliranti di eccitazione o ipervigilanza; da sintomi di eccitazione catatonica; e dall'agitazione correlata a stati di ansia acuta.

Sintomi depressivi o maniacali indotti da farmaci. Un'importante osservazione diagnostica differenziale è che l'altra condizione medica può essere trattata con farmaci (per es., steroidi o alfa-interferone) che possono indurre sintomi depressivi o maniacali. In questi casi, il giudizio clinico che usa tutte le evidenze disponibili è il modo migliore per tentare di separare il più probabile e/o il più importante di due fattori eziologici (cioè l'associazione tra la condizione medica versus una sindrome indotta da sostanze/farmaci). La diagnosi differenziale delle condizioni mediche associate è rilevante ma largamente al di là dello scopo del presente manuale.

Comorbilità

Le condizioni in comorbilità con il disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica sono quelle associate alle condizioni mediche di rilevanza eziologica. Il delirium può verificarsi prima o durante i sintomi maniacali in individui con morbo di Cushing.

Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione

296.89 (F31.89)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo bipolare e disturbi correlati, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica del disturbo bipolare e disturbi correlati. La categoria disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo bipolare e disturbi correlati. Questo viene fatto registrando "disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "ciclotimia di breve durata").

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" comprendono i seguenti:

1. **Episodi ipomaniacali di breve durata (2-3 giorni) ed episodi depressivi maggiori:** La storia lifetime di uno o più episodi depressivi maggiori in individui le cui manifestazioni non hanno mai soddisfatto pienamente i criteri per un episodio maniacale o ipomaniacale ma che hanno esperito due o più episodi di ipomania di breve durata che soddisfano pienamente i criteri sintomatici per un episodio ipomaniacale ma della durata di soli 2-3 giorni. Gli episodi di sintomi ipomaniacali non si sovrappongono nel tempo agli episodi depressivi maggiori, e quindi l'alterazione non soddisfa i criteri per un episodio depressivo maggiore, con caratteristiche miste.
2. **Episodi ipomaniacali con sintomi insufficienti ed episodi depressivi maggiori:** La storia lifetime di uno o più episodi depressivi maggiori in individui le cui manifestazioni non hanno mai soddisfatto pienamente i criteri per un episodio maniacale o ipomaniacale ma che hanno esperito uno o più episodi di ipomania che non soddisfano pienamente i criteri sintomatici (cioè almeno 4 giorni consecutivi di umore

elevato e uno o due degli altri sintomi di un episodio ipomaniacale, oppure umore irritabile e due o tre degli altri sintomi di un episodio ipomaniacale). Gli episodi di sintomi ipomaniacali non si sovrappongono nel tempo agli episodi depressivi maggiori, e quindi l'alterazione non soddisfa i criteri per un episodio depressivo maggiore, con caratteristiche miste.

3. **Episodio ipomaniacale senza precedente episodio depressivo:** Uno o più episodi ipomaniacali in un individuo le cui manifestazioni non hanno mai soddisfatto pienamente i criteri per un episodio depressivo maggiore o un episodio maniacale. Se questo si verifica in un individuo con una diagnosi accertata di disturbo depressivo persistente (distimia), entrambe le diagnosi possono essere applicate in concomitanza durante i periodi in cui sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio ipomaniacale.
4. **Ciclotimia di breve durata (meno di 24 mesi):** Molteplici episodi di sintomi ipomaniacali che non soddisfano i criteri per un episodio ipomaniacale e molteplici episodi di sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un episodio depressivo maggiore che persistono per un periodo inferiore a 24 mesi (meno di 12 mesi nei bambini e negli adolescenti) in un individuo le cui manifestazioni non hanno mai soddisfatto pienamente i criteri per un episodio depressivo maggiore, maniacale o ipomaniacale e non soddisfano i criteri per nessun disturbo psicotico. Durante il decorso del disturbo i giorni in cui i sintomi ipomaniacali e depressivi sono presenti superano quelli in cui sono assenti e l'individuo non è stato senza sintomi per più di 2 mesi alla volta, e i sintomi causano disagio e compromissione clinicamente significativi.

Disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione 296.80 (F31.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo bipolare e disturbi correlati, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica del disturbo bipolare e disturbi correlati. La categoria disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo bipolare e disturbi correlati non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Specificatori per disturbo bipolare e disturbi correlati

Specificare se:

Con ansia: La presenza di almeno due dei seguenti sintomi durante la maggior parte dei giorni dell'attuale o più recente episodio di mania, ipomania o depressione:

1. Sentirsi agitato/a o teso/a.
2. Sentirsi insolitamente irrequieto/a.
3. Difficoltà di concentrazione a causa delle preoccupazioni.

4. Paura che possa accadere qualcosa di terribile.
5. Sentire che l'individuo possa perdere il controllo di se stesso/a.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Due sintomi.
Moderata: Tre sintomi.
Moderata-grave: Quattro o cinque sintomi.
Grave: Quattro o cinque sintomi con agitazione motoria.

Nota: Il disagio dovuto all'ansia è stato osservato come una caratteristica rilevante sia del disturbo bipolare sia del disturbo depressivo maggiore in contesti sia di assistenza primaria sia specialistici di salute mentale. Alti livelli di ansia sono stati associati a un maggiore rischio suicidario, a una più lunga durata della patologia e a maggiore probabilità di non risposta al trattamento. Di conseguenza, è clinicamente utile specificare accuratamente la presenza e i livelli di gravità di disagio dovuto all'ansia per la pianificazione del trattamento e il monitoraggio della risposta al trattamento.

Con caratteristiche miste: Lo specificatore caratteristiche miste si può applicare all'attuale episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo nel disturbo bipolare I e bipolare II:

Episodio maniacale o ipomaniacale, con caratteristiche miste:

A. Sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio maniacale o ipomaniacale e sono presenti almeno tre dei seguenti sintomi durante la maggior parte dei giorni dell'attuale o più recente episodio di mania o ipomania:
   1. Disforia rilevante o umore depresso come riportato dall'individuo (per es., si sente solo/a, vuoto/a) o dall'osservazione fatta da altri (per es., l'individuo sembra sul punto di piangere).
   2. Diminuito interesse o piacere in tutte, o quasi tutte, le attività (come indicato dalla considerazione soggettiva o dall'osservazione fatta da altri).
   3. Rallentamento psicomotorio quasi tutti i giorni (osservabile da altri; non semplicemente l'impressione soggettiva di essere rallentati).
   4. Faticabilità o mancanza di energia.
   5. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (non semplicemente autoaccusa o sentimento di colpa per il fatto di essere ammalato/a).
   6. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.

B. I sintomi misti sono osservabili da altri e rappresentano un cambiamento nel comportamento usuale della persona.

C. Per gli individui i cui sintomi soddisfano pienamente i criteri per mania e depressione simultaneamente, la diagnosi dovrebbe essere di episodio maniacale, con caratteristiche miste, dovuto a marcata compromissione e gravità clinica della completa mania.

D. I sintomi misti non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., sostanza di abuso, un farmaco, un altro trattamento).

Episodio depressivo, con caratteristiche miste:

A. Sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio depressivo maggiore e sono presenti almeno tre dei seguenti sintomi maniacali/ipomaniacali durante la maggior parte dei giorni dell'attuale o più recente episodio di depressione:

1. Umore elevato, espanso.
2. Autostima ipertrofica o grandiosità.
3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare.
4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
5. Aumento dell'energia o dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale).
6. Eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati).
7. Diminuito bisogno di sonno (sentirsi riposato/a dormendo meno del solito; da contrapporre all'insonnia).

B. I sintomi misti sono osservabili da altri e rappresentano un cambiamento del comportamento abituale della persona.

C. Per gli individui i cui sintomi soddisfano pienamente i criteri per un episodio sia di mania sia di depressione simultaneamente, la diagnosi dovrebbe essere di episodio maniacale, con caratteristiche miste.

D. I sintomi misti non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco o un altro trattamento).

Nota: Le caratteristiche miste associate a un episodio depressivo maggiore rappresentano un significativo fattore di rischio per lo sviluppo di disturbo bipolare I o bipolare II. Di conseguenza, è clinicamente utile osservare la presenza di questo specificatore per la pianificazione del trattamento e il monitoraggio della risposta al trattamento.

Con cicli rapidi (può essere applicato al disturbo bipolare I o bipolare II): Presenza di almeno quattro episodi dell'umore nei precedenti 12 mesi che soddisfano i criteri per un episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo.

Nota: Gli episodi sono demarcati sia da remissioni parziali o complete di almeno 2 mesi o da un passaggio a un episodio di polarità opposta (per es., da episodio depressivo maggiore a episodio maniacale).

Nota: La caratteristica essenziale del disturbo bipolare con cicli rapidi è il verificarsi di quattro o più episodi dell'umore durante i 12 mesi precedenti. Questi episodi possono verificarsi in qualsiasi combinazione o ordine. Gli episodi devono soddisfare i criteri sia di durata sia di numero di sintomi per un episodio depressivo maggiore, maniacale o ipomaniacale e devono essere demarcati da un periodo di remissione completa o da un passaggio a un episodio della polarità opposta. Gli episodi maniacali e ipomaniacali sono considerati dello stesso polo. A eccezione del fatto che si verificano più frequentemente, gli episodi che si succedono con pattern a cicli rapidi non sono diversi da quelli con pattern non a cicli rapidi. Dagli episodi dell'umore che servono a definire un pattern a cicli rapidi sono esclusi quegli episodi causati direttamente da una sostanza (per es., cocaina, corticosteroidi) o da un'altra condizione medica.

Con caratteristiche melancoliche:

A. Durante il periodo di maggior gravità dell'episodio attuale è presente uno dei seguenti sintomi:

1. Perdita di piacere per tutte, o quasi tutte, le attività.
2. Perdita di reattività agli stimoli abitualmente piacevoli (non si sente meglio, neppure temporaneamente, quando accade qualcosa di buono).

B. Tre (o più) dei seguenti:

1. Una qualità distinta di umore depresso caratterizzata da profondo abbattimento, disperazione, e/o malumore o il cosiddetto "empty mood".
2. Depressione regolarmente peggiore al mattino.
3. Risveglio precoce al mattino (cioè almeno 2 ore prima del risveglio abituale).
4. Marcato rallentamento o agitazione psicomotori.
5. Anoressia significativa o perdita di peso.
6. Sentimenti di colpa eccessivi o inappropriati.

Nota: Lo specificatore "con caratteristiche melancoliche" si applica se queste caratteristiche sono presenti nella fase più grave dell'episodio. Vi è un'assenza pressoché completa, non semplicemente una riduzione, della capacità di provare piacere. Una linea guida per valutare la mancanza di reattività dell'umore è che anche gli eventi altamente desiderati non sono associati a un marcato miglioramento dell'umore. L'umore o non migliora affatto o migliora solo parzialmente (per es., solo fino al 20-40% rispetto al normale per pochi minuti alla volta). La "qualità distintiva" dell'umore caratteristica dello specificatore "con caratteristiche melancoliche" viene provata dagli individui come qualitativamente diversa da quella provata durante un episodio depressivo non melancolico. Un umore depresso descritto semplicemente come più grave, più duraturo o presente senza una ragione non è considerato di qualità distintiva. Alterazioni psicomotorie sono quasi sempre presenti e sono osservabili da altri.

Le caratteristiche melancoliche mostrano solo una modesta tendenza a ripresentarsi in altri episodi nello stesso individuo. Sono più frequenti nei pazienti ricoverati rispetto ai pazienti ambulatoriali; hanno minori probabilità di verificarsi negli episodi depressivi maggiori lievi rispetto a quelli più gravi; e hanno maggiori probabilità di verificarsi in quelli con caratteristiche psicotiche.

Con caratteristiche atipiche: Questo specificatore si può applicare quando queste caratteristiche predominano durante la maggioranza dei giorni dell'attuale o più recente episodio depressivo maggiore.

A. Reattività dell'umore (cioè l'umore migliora in risposta a eventi positivi attuali o potenziali).

B. Due (o più) delle seguenti caratteristiche:

1. Significativo aumento di peso o aumento dell'appetito.
2. Ipersonnia.
3. "Paralisi plumbea" (cioè sensazione di pesantezza alle braccia o alle gambe).
4. Un pattern duraturo di sensibilità al rifiuto interpersonale (non limitato agli episodi di alterazione dell'umore) che determina una significativa compromissione sociale o lavorativa.

C. Non sono soddisfatti i criteri per il tipo "con caratteristiche melancoliche" o "con catatonia" durante lo stesso episodio.

Nota: La "depressione atipica" ha un significato storico (cioè atipica in contrapposizione alle più classiche manifestazioni della depressione agitata, "endogena", che erano la norma quando la depressione veniva diagnosticata raramente in pazienti ambulatoriali e quasi mai negli adolescenti e negli adulti più giovani) e oggi non denota una manifestazione clinica insolita o non comune come il termine potrebbe implicare.

La reattività dell'umore è la capacità di rallegrarsi quando si è messi di fronte a eventi positivi (per es., una visita da parte di bambini, complimenti da altri). L'umore può diventare eutimico (non triste) anche per periodi di tempo prolungati se le circostanze esterne restano favorevoli. L'aumento dell'appetito si può manife-

stare con un evidente aumento dell'assunzione di cibo o con l'aumento di peso. L'ipersonnia può comprendere sia un periodo più prolungato di sonno notturno sia sonnellini diurni, che raggiungono un totale di almeno 10 ore di sonno al giorno (o almeno 2 ore in più rispetto a quando l'umore non è depresso). La paralisi plumbea è definita come il sentirsi pesante, di piombo, appesantito, solitamente alle braccia o alle gambe. Questa sensazione è generalmente presente per almeno un'ora al giorno, ma spesso perdura per molte ore ogni volta. A differenza delle altre caratteristiche atipiche, la sensibilità patologica al rifiuto interpersonale percepito è un tratto che ha un esordio precoce e che persiste per la maggior parte della vita adulta. La sensibilità al rifiuto si verifica sia quando la persona è depressa sia quando non lo è, sebbene possa risultare esacerbata nei periodi depressivi.

Con caratteristiche psicotiche: Deliri e allucinazioni si presentano in qualsiasi momento dell'episodio. Se sono presenti caratteristiche psicotiche, specificare se sono congruenti o non congruenti all'umore.

Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore: Durante gli episodi maniacali, il contenuto di tutti i deliri e allucinazioni è coerente con le tipiche tematiche maniacali di grandiosità, invulnerabilità ecc., ma possono anche comprendere tematiche di sospettosità o paranoia, soprattutto nei confronti di dubbi di altri circa le capacità dell'individuo, i risultati, e così via.

Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore: Il contenuto di deliri e allucinazioni non è coerente con la polarità delle tematiche dell'episodio come descritto sopra, oppure il contenuto è un misto di tematiche congruenti all'umore e non congruenti all'umore.

Con catatonia: Questo specificatore si può applicare a un episodio di mania o di depressione se le caratteristiche catatoniche sono presenti durante la maggior parte dell'episodio. Si vedano i criteri per la catatonia associata a un disturbo mentale nel capitolo "Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici".

Con esordio nel peripartum: Questo specificatore si può applicare all'attuale oppure, se non sono attualmente soddisfatti pienamente i criteri per un episodio dell'umore, al più recente episodio di mania, ipomania o depressione maggiore nel disturbo bipolare I o bipolare II se l'esordio dei sintomi dell'umore si verifica durante la gravidanza oppure nelle 4 settimane seguenti al parto.

Nota: Gli episodi dell'umore possono avere il loro esordio sia durante la gravidanza sia nel postpartum. Anche se le stime variano in base al periodo di follow-up dopo il parto, tra il 3 e il 6% delle donne sperimenterà l'esordio di un episodio depressivo maggiore durante la gravidanza oppure nelle settimane o nei mesi successivi al parto. Il 50% di episodi depressivi maggiori nel postpartum inizia attualmente prima del parto. Così, questi episodi vengono complessivamente riportati come "episodi *peripartum*". Le donne con episodi depressivi maggiori peripartum spesso presentano ansia acuta e anche attacchi di panico. Studi prospettici hanno dimostrato che sintomi dell'umore o ansiosi durante la gravidanza, così come il "baby blues", aumentano il rischio di un episodio depressivo maggiore postpartum.

Gli episodi dell'umore con esordio nel peripartum si possono manifestare con o senza caratteristiche psicotiche. L'infanticidio è più spesso associato a episodi psicotici postpartum che sono caratterizzati da allucinazioni che ordinano di uccidere il neonato o da deliri che il neonato è posseduto, ma i sintomi psicotici possono verificarsi anche durante gravi episodi dell'umore postpartum senza deliri o allucinazioni specifici.

Gli episodi dell'umore postpartum (depressivo maggiore o maniacale) con caratteristiche psicotiche sembrano verificarsi da 1 su 500 fino a 1 su 1000 parti e possono essere più comuni nelle donne primipare. Il rischio di episodi dell'umore postpartum con caratteristiche psicotiche è particolarmente aumentato nelle donne con precedenti episodi dell'umore postpartum, ma è elevato anche per quelle con una storia precedente di disturbo depressivo o disturbo bipolare (specialmente disturbo bipolare I) e in quelle con una storia familiare di disturbi bipolari.

Una volta che una donna ha avuto un episodio postpartum con caratteristiche psicotiche, il rischio di ricomparsa a ogni parto successivo è tra il 30 e il 50%. Gli episodi postpartum devono essere distinti dal delirium che si verifica nel periodo postpartum, che è contraddistinto da un livello fluttuante di coscienza o di attenzione. Il periodo postpartum è unico rispetto al grado di alterazioni neuroendocrine e adattamenti psicosociali, al potenziale impatto dell'allattamento al seno sulla pianificazione del trattamento e alle implicazioni a lungo termine di una storia di disturbo dell'umore postpartum sulla successiva pianificazione familiare.

Con andamento stagionale: Questo specificatore si applica al pattern lifetime di episodi dell'umore. La caratteristica essenziale è un andamento stagionale regolare di almeno un tipo di episodio (cioè mania, ipomania, depressione). Gli altri tipi di episodi possono non seguire questo pattern. Per esempio, un individuo può avere manie stagionali, ma la sua depressione non si verifica regolarmente in un periodo specifico dell'anno.

A. Nel disturbo bipolare I o bipolare II vi è stata una relazione temporale regolare tra l'esordio di episodi maniacali, ipomaniacali o depressivi maggiori e un particolare periodo dell'anno (per es., in autunno o in inverno).

Nota: Non comprendere i casi in cui è presente un effetto evidente di fattori psicosociali stressanti stagionali (per es., essere regolarmente disoccupato ogni inverno).

B. Anche le remissioni complete (o un viraggio dalla depressione maggiore alla mania o ipomania e viceversa) si verificano in un caratteristico periodo dell'anno (per es., la depressione scompare in primavera).

C. Negli ultimi 2 anni, gli episodi maniacali, ipomaniacali o depressivi maggiori dell'individuo hanno dimostrato una relazione temporale stagionale, come definito sopra, e non si sono verificati episodi non stagionali di tale polarità durante il periodo di 2 anni.

D. Manie, ipomanie o depressioni stagionali (come descritto sopra) superano sostanzialmente per numero ogni mania, ipomania o depressione non stagionali che possono essersi verificate lifetime nell'individuo.

Nota: Questo specificatore può essere applicato al pattern di episodi depressivi maggiori nel disturbo bipolare I, disturbo bipolare II o disturbo depressivo maggiore, ricorrente. La caratteristica essenziale è l'esordio e la remissione degli episodi depressivi maggiori in periodi particolari dell'anno. Nella maggior parte dei casi gli episodi iniziano in autunno o in inverno e si risolvono in primavera. Meno comunemente ci possono essere episodi depressivi estivi ricorrenti. Questo pattern di esordio e remissione degli episodi deve essersi verificato durante un periodo di almeno 2 anni, senza alcun episodio non stagionale che si verifica in questo periodo. Inoltre, nel corso della vita dell'individuo gli episodi depressivi stagionali devono superare considerevolmente il numero di episodi depressivi non stagionali.

Questo specificatore non si applica a quelle situazioni in cui il pattern è meglio spiegato da fattori psicosociali stressanti legati alle stagioni (per es., disoccupazione stagionale o ciclo scolastico). Gli episodi depressivi maggiori che si verificano secondo un andamento stagionale sono spesso caratterizzati da rilevante energia, ipersonnia, iperfagia, aumento di peso e craving per i carboidrati. Non è chiaro se l'andamento stagionale sia più probabile nel disturbo depressivo maggiore ricorrente o nei disturbi bipolari. Comunque, nel gruppo dei disturbi bipolari, l'andamento stagionale sembra più probabile nel disturbo bipolare II che nel

disturbo bipolare I. In alcuni individui l'esordio di episodi maniacali o ipomaniacali può anche essere legato a una particolare stagione.

La prevalenza dell'andamento stagionale di tipo invernale sembra variare con latitudine, età e sesso. La prevalenza aumenta con latitudini più alte. Anche l'età rappresenta un forte fattore predittivo di stagionalità, con le persone più giovani a più alto rischio per episodi depressivi invernali.

Specificare se:

In remissione parziale: Sono presenti sintomi dell'episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo immediatamente precedente, ma i criteri non sono soddisfatti pienamente, oppure vi è un periodo di durata inferiore a 2 mesi che segue la fine di un tale episodio senza sintomi significativi di un episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo maggiore.

In remissione completa: Durante gli ultimi 2 mesi, non sono stati presenti segni o sintomi significativi dell'alterazione.

Specificare la gravità attuale:

La gravità è basata sul numero di sintomi dei criteri, la gravità di tali sintomi e il grado di disabilità funzionale.

Lieve: Pochi, se presenti, i sintomi oltre a quelli richiesti per soddisfare i criteri diagnostici, l'intensità dei sintomi crea disagio ma è gestibile e i sintomi comportano una minore compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.

Moderata: Il numero dei sintomi, l'intensità dei sintomi e/o la compromissione funzionale sono tra quelli specificati come "lieve" e "grave".

Grave: Il numero di sintomi è sostanzialmente in eccesso rispetto a quello richiesto per porre la diagnosi, l'intensità dei sintomi crea serio disagio e non è gestibile e i sintomi interferiscono marcatamente con il funzionamento sociale e lavorativo.

Disturbi depressivi

I disturbi depressivi includono il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, il disturbo depressivo maggiore (che include l'episodio depressivo maggiore), il disturbo depressivo persistente (distimia), il disturbo disforico premestruale, il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci, il disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, il disturbo depressivo con altra specificazione e il disturbo depressivo senza specificazione. A differenza del DSM-IV, il presente capitolo "Disturbi depressivi" è stato separato dal capitolo precedente "Disturbo bipolare e disturbi correlati". La caratteristica comune di tutti questi disturbi è la presenza di umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da modificazioni somatiche e cognitive che incidono in modo significativo sulla capacità di funzionamento dell'individuo. Le differenze tra essi consistono nella durata, nella distribuzione temporale o nella presunta eziologia.

Al fine di far fronte alla preoccupazione relativa al rischio di sovradiagnosi e di trattamento del disturbo bipolare nei bambini, ai disturbi depressivi nei bambini fino ai 12 anni di età, è stata aggiunta una nuova diagnosi, il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, che si riferisce al quadro clinico di bambini con irritabilità persistente e frequenti episodi di discontrollo comportamentale estremo. La sua collocazione in questo capitolo riflette la scoperta che bambini con questa sintomatologia sviluppano tipicamente disturbi depressivi unipolari o disturbi d'ansia, piuttosto che disturbi bipolari, nel momento in cui entrano nell'età adolescenziale o in quella adulta.

Il disturbo depressivo maggiore rappresenta la condizione classica in questo gruppo di disturbi. È caratterizzato da episodi distinti di almeno 2 settimane di durata (nonostante la maggior parte degli episodi abbia una durata considerevolmente maggiore) che comportano nette modificazioni affettive, cognitive e nelle funzioni neurovegetative, e remissioni inter-episodiche. È possibile porre la diagnosi sulla base di un singolo episodio, nonostante nella maggior parte dei casi il disturbo sia ricorrente. Viene posta particolare attenzione alla distinzione tra la tristezza e il dolore fisiologico da un episodio depressivo maggiore. Il lutto può indurre una grande sofferenza, ma non induce tipicamente un episodio di disturbo depressivo maggiore. Quando si verificano contemporaneamente, i sintomi depressivi e la compromissione funzionale tendono a essere più gravi e anche la prognosi è peggiore in confronto al lutto non accompagnato da disturbo depressivo maggiore. La depressione correlata al lutto tende a verificarsi in persone con altre vulnerabilità ai disturbi depressivi, e il recupero può essere facilitato da un trattamento antidepressivo.

Il disturbo depressivo persistente (distimia), una forma di depressione più cronica, può essere diagnosticata quando l'alterazione dell'umore ha una durata di almeno 2 an-

ni negli adulti o di 1 anno nei bambini. Questa nuova diagnosi del DSM-5 include le categorie diagnostiche della depressione maggiore cronica e distimia del DSM-IV.

In seguito a un'attenta revisione scientifica delle evidenze, il disturbo disforico premestruale è stato spostato da un'appendice del DSM-IV ("Criteri e Assi utilizzabili per ulteriori studi") alla Sezione II del DSM-5. Circa 20 anni di studi hanno individuato una forma di disturbo depressivo specifica e responsiva al trattamento che comincia talvolta dopo l'ovulazione e si risolve entro pochi giorni dal ciclo mestruale e ha un marcato impatto sul funzionamento.

Un gran numero di sostanze di abuso, alcuni farmaci prescritti e alcune condizioni mediche generali possono essere associati a fenomeni simil-depressivi. Questi fenomeni sono inclusi nelle diagnosi di disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci e di disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica.

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente 296.99 (F34.8)

Criteri diagnostici

A. Gravi e ricorrenti scoppi di collera manifestati verbalmente (per es., rabbia verbale) e/o in modo comportamentale (per es., aggressione fisica a persone o proprietà) che sono grossolanamente sproporzionati nell'intensità o nella durata alla situazione o alla provocazione.

B. Gli scoppi di collera non sono coerenti con lo stadio di sviluppo.

C. Gli scoppi di collera si verificano, in media, tre o più volte la settimana.

D. L'umore tra uno scoppio di collera e l'altro è persistentemente irritabile o arrabbiato per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni, ed è osservabile da parte di altri (per es., genitori, insegnanti, coetanei).

E. I Criteri A-D sono stati presenti per 12 mesi o più. Durante tale periodo, l'individuo non ha avuto un periodo della durata di 3 o più mesi consecutivi senza tutti i sintomi dei Criteri A-D.

F. I Criteri A e D sono presenti in almeno due di tre contesti (cioè a casa, a scuola, con i coetanei) e sono gravi in almeno uno di questi.

G. La diagnosi non dovrebbe essere posta per la prima volta prima dei 6 anni di età oppure dopo i 18 anni di età.

H. Dall'anamnesi o dall'osservazione, l'età di esordio dei Criteri A-E è prima dei 10 anni.

I. Non vi è mai stato un periodo distinto della durata di più di 1 giorno durante il quale sono stati soddisfatti i criteri sintomatologici completi, a eccezione della durata, per un episodio maniacale o ipomaniacale.

Nota: L'elevazione dell'umore appropriata allo stadio di sviluppo, come quella che si verifica nel contesto di un evento altamente positivo o della sua anticipazione, non dovrebbe essere considerata come un sintomo di mania o ipomania.

J. I comportamenti non si verificano esclusivamente durante un episodio di disturbo depressivo maggiore e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo dello spettro dell'autismo, disturbo da stress post-traumatico, disturbo d'ansia di separazione, disturbo depressivo persistente [distimia]).

Nota: Questa diagnosi non può coesistere con il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo esplosivo intermittente o il disturbo bipolare, anche se può coesistere con altri disturbi, tra cui disturbo depressivo maggiore, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo della condotta e disturbi da uso di sostanze. Gli individui i cui sintomi soddisfano i criteri sia per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente sia per il disturbo oppositivo provocatorio dovrebbero ricevere solo la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Se un individuo ha avuto in precedenza un episodio maniacale o ipomaniacale, la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non dovrebbe essere assegnata.

K. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica o neurologica.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica principale del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è una cronica, grave e persistente irritabilità. Tale grave irritabilità ha due manifestazioni cliniche preminenti, la prima delle quali sono i frequenti scoppi di collera che avvengono tipicamente in risposta alla frustrazione e possono essere verbali o comportamentali (questi ultimi sotto forma di aggressione fisica a proprietà, se stessi o altri). Essi devono verificarsi frequentemente (cioè, in media, tre o più volte la settimana) (Criterio C) nell'arco di almeno 1 anno, in almeno due contesti (Criteri E e F), come la casa e la scuola, e devono essere inappropriati allo stadio di sviluppo (Criterio B). La seconda manifestazione di grave irritabilità consiste in un umore persistentemente o cronicamente arrabbiato, tra i gravi scoppi di collera. Tale umore irritabile o arrabbiato deve essere caratteristico del bambino, essendo presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, ed evidente a chi fa parte dell'ambiente del bambino (Criterio D).

La manifestazione clinica del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente deve essere chiaramente distinta dalla presentazione di altre condizioni correlate, in particolare del disturbo bipolare pediatrico. Infatti, il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è stato aggiunto nel DSM-5 in risposta alle considerevoli preoccupazioni circa la classificazione e il trattamento appropriati di bambini che presentano il classico (cioè episodico) disturbo bipolare.

Alcuni ricercatori considerano l'irritabilità grave, non episodica come caratteristica del disturbo bipolare nei bambini, anche se sia il DSM-IV sia il DSM-5 richiedono che sia i bambini sia gli adulti abbiano episodi distinti di mania o di ipomania per porre la diagnosi di disturbo bipolare I. Durante gli ultimi decenni del XX secolo, questa disputa tra i ricercatori sul fatto che l'irritabilità grave, non episodica sia una manifestazione della mania pediatrica ha coinciso con un aumento dei tassi della diagnosi di disturbo bipolare nei pazienti pediatrici poste dai clinici. Questo forte aumento delle diagnosi sembra attribuibile ai clinici che combinano almeno due manifestazioni cliniche all'interno di una singola categoria. Ovvero, sia le manifestazioni di mania classiche, episodiche, sia le manifestazioni di irritabilità grave, non episodiche, sono state etichettate come disturbo bipolare nei bambini. Nel DSM-5, il termine *disturbo bipolare* è espressamente riservato alle manifestazioni episodiche di sintomi bipolari. Il DSM-IV non includeva una diagnosi specifica per identificare giovani i cui sintomi distintivi erano caratterizzati da irritabilità molto grave, non episodica, mentre il DSM-5, attraverso l'inclusione del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, fornisce una categoria distinta per tali manifestazioni.

Prevalenza

Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è frequente tra i bambini che si rivolgono agli ambulatori di neuropsichiatria infantile. Le stime di prevalenza del disturbo nella popolazione non sono chiare. Sulla base dei tassi di irritabilità persistente cronica e grave, che rappresenta la caratteristica centrale del disturbo, la prevalenza a 6 mesi - 1 anno

del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente nei bambini e negli adolescenti rientra probabilmente nell'intervallo tra 2 e 5%. Tuttavia, i tassi dovrebbero essere maggiori nei maschi e nei bambini in età scolare rispetto alle femmine e agli adolescenti.

Sviluppo e decorso

L'esordio del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente deve avvenire prima dei 10 anni di età, e la diagnosi non dovrebbe essere posta nei bambini di età inferiore a 6 anni. Non è noto se la condizione si presenti solo in questa fascia d'età. Poiché i sintomi del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente cambiano quando i bambini maturano, questa diagnosi dovrebbe essere riservata a gruppi di età simili a quelli in cui è stata stabilita la validità (7-18 anni). Circa la metà dei bambini con irritabilità grave e cronica avrà una manifestazione che continua a soddisfare i criteri per il disturbo 1 anno dopo. I tassi di conversione da irritabilità grave, non episodica a disturbo bipolare sono molto bassi. Per contro, i bambini con irritabilità cronica sono a rischio di sviluppare nell'età adulta un disturbo depressivo unipolare e/o disturbi d'ansia.

Anche le variazioni correlate all'età sono differenti tra il disturbo bipolare classico e il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. I tassi di prevalenza del disturbo bipolare sono generalmente molto bassi prima dell'adolescenza (<1%), con un aumento improvviso nella prima età adulta (1-2%). Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è più frequente rispetto al disturbo bipolare prima dell'adolescenza, e i sintomi diventano generalmente meno comuni quando i bambini passano nell'età adulta.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I bambini con irritabilità cronica presentano tipicamente storie psichiatriche complicate. In questi bambini è comune una storia relativamente lunga di irritabilità cronica, che si manifesta tipicamente prima che i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente siano soddisfatti pienamente. Tali manifestazioni premorbose possono essere indicative di una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio. Molti bambini con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente hanno anche dei sintomi che soddisfano i criteri per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) e per un disturbo d'ansia, in quanto tali diagnosi possono essere presenti già a un'età relativamente precoce. Per alcuni bambini, possono essere soddisfatti anche i criteri per il disturbo depressivo maggiore.

Fattori genetici e fisiologici. In termini di aggregazione familiare e di genetica, è stato suggerito che bambini che presentano irritabilità cronica, non episodica possono essere differenziati da bambini con disturbo bipolare per il rischio familiare. Tuttavia, questi due gruppi non differiscono nei tassi familiari di disturbi d'ansia, disturbi depressivi unipolari o abuso di sostanze. Confrontati con bambini con disturbo bipolare pediatrico e con altri disturbi mentali, quelli con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente mostrano sia similitudini sia differenze nei deficit di elaborazione delle informazioni. Per esempio, deficit di riconoscimento delle emozioni facciali, così come difficoltà nel prendere le decisioni e nel controllo cognitivo, sono presenti nei bambini con disturbo bipolare e nei bambini con irritabilità cronica, e anche nei bambini con altri disturbi psichiatrici. Vi è anche l'evidenza di una disfunzione specifica del disturbo, come durante compiti per valutare la distribuzione dell'attenzione in risposta a stimoli emotivi, in cui erano stati dimostrati segni di disfunzione caratteristici nei bambini con irritabilità cronica.

Aspetti diagnostici correlati al genere

I bambini che si presentano ai clinici con manifestazioni di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente sono soprattutto maschi. Tra i campioni della popolazione generale sembra esserci una preponderanza maschile. Tale differenza nella prevalenza tra maschi e femmine differenzia il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente dal disturbo bipolare, in cui la prevalenza tra i generi è uguale.

Rischio di suicidio

In generale, l'evidenza che documenta il comportamento suicidario e aggressività, così come altre gravi conseguenze funzionali, nel disturbo da disregolazione dell'umore dirompente dovrebbe essere rilevata durante la valutazione di bambini con irritabilità cronica.

Conseguenze funzionali del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente

L'irritabilità cronica, grave, come quella osservata nel disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, è associata a una marcata alterazione nelle relazioni del bambino con la famiglia e con i coetanei, così come nel rendimento scolastico. A causa della loro estremamente bassa tolleranza alle frustrazioni, questi bambini hanno in genere difficoltà nel rendimento scolastico; spesso non sono in grado di partecipare ad attività solitamente divertenti per i bambini sani; la loro vita familiare è gravemente disturbata dai loro scoppi di collera e dalla loro irritabilità; ed essi hanno difficoltà a iniziare le amicizie. I livelli di disfunzione nei bambini con disturbo bipolare e con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente sono generalmente confrontabili. Entrambe le condizioni causano un grave sconvolgimento nelle vite degli individui affetti e delle loro famiglie. Sia nel disturbo da disregolazione dell'umore dirompente sia nel disturbo bipolare pediatrico sono comuni comportamenti pericolosi, ideazione suicidaria o tentativi di suicidio, grave aggressività e ricoveri psichiatrici.

Diagnosi differenziale

Poiché i bambini e gli adolescenti con irritabilità cronica presentano tipicamente storie complesse, la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente deve essere fatta considerando la presenza o l'assenza di molteplici altre condizioni. Nonostante la necessità di considerare molte altre sindromi, la diagnosi differenziale del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente dal disturbo oppositivo provocatorio richiede una valutazione particolarmente attenta.

Disturbi bipolari. La caratteristica principale che differenzia il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente dai disturbi bipolari nei bambini è il decorso longitudinale dei sintomi essenziali. Nei bambini, come negli adulti, il disturbo bipolare I e il disturbo bipolare II si manifestano come un disturbo episodico con episodi distinti di alterazione dell'umore che possono essere differenziati dalla manifestazione tipica del bambino. L'alterazione dell'umore che si verifica durante un episodio maniacale è caratteristicamente differente dall'umore abituale del bambino. Inoltre, durante un episodio maniacale, la modificazione dell'umore deve essere accompagnata dall'insorgenza, o dal peggioramento, di sintomi associati di tipo cognitivo, comportamentale e fisico (per es., distraibilità, aumento dell'attività finalizzata), che sono presenti anche in maniera distintamente differente dal comportamento usuale del bambino. Pertanto, nel caso di un episodio maniacale, i genitori (e, a seconda dell'età di sviluppo, i bambini) dovrebbero essere in grado

di identificare un periodo di tempo definito durante il quale l'umore e il comportamento del bambino sono marcatamente diversi dal solito. Per contro, l'irritabilità nel disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è persistente e presente per molti mesi; sebbene possa aumentare e diminuire in una certa misura, l'irritabilità grave è caratteristica del bambino con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Pertanto, mentre i disturbi bipolari sono delle condizioni episodiche, il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non lo è. Infatti, la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non può essere posta a un bambino che abbia avuto un episodio ipomaniacale o maniacale (irritabile o euforico) completo oppure che abbia avuto un episodio maniacale o ipomaniacale durato più di 1 giorno. Un'altra caratteristica centrale di differenziazione tra i disturbi bipolari e il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è la presenza di umore elevato o espanso e di grandiosità. Tali sintomi sono caratteristiche comuni della mania, ma non sono caratteristiche del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.

Disturbo oppositivo provocatorio. Mentre i sintomi del disturbo oppositivo provocatorio si verificano tipicamente in bambini con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, i sintomi dell'umore del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente sono relativamente rari in bambini con disturbo oppositivo provocatorio. Le caratteristiche chiave che giustificano la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente in bambini i cui sintomi soddisfano anche i criteri per il disturbo oppositivo provocatorio sono la presenza di scoppi di collera gravi e ricorrenti frequentemente e di persistente disregolazione dell'umore tra gli scoppi di collera. Inoltre, la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente richiede una compromissione grave in almeno un contesto (cioè a casa, a scuola o con i coetanei) e una compromissione da lieve a moderata in un secondo. Per questa ragione, mentre la maggior parte dei bambini i cui sintomi soddisfano i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente ha un quadro clinico che soddisfa i criteri per il disturbo oppositivo provocatorio, non si verifica l'inverso. Ovvero, solo nel 15% circa degli individui con disturbo oppositivo provocatorio sarebbero soddisfatti i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Inoltre, anche per i bambini in cui sono soddisfatti i criteri per entrambi i disturbi, dovrebbe essere posta la diagnosi solo di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Infine, sia i sintomi dell'umore preminenti nel disturbo da disregolazione dell'umore dirompente sia l'alto rischio per disturbi depressivi e d'ansia negli studi di follow-up giustificano la collocazione del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente tra i disturbi depressivi nel DSM-5 (il disturbo oppositivo provocatorio è stato incluso nel capitolo "Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta"). Ciò riflette la componente dell'umore maggiormente rilevante tra gli individui con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, rispetto a individui con disturbo oppositivo provocatorio. Tuttavia, dovrebbe essere anche notato che il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente sembra presentare un elevato rischio per problemi comportamentali oltre che problemi affettivi.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo depressivo maggiore, disturbi d'ansia e disturbo dello spettro dell'autismo. A differenza di bambini con diagnosi di disturbo bipolare o di disturbo oppositivo provocatorio, un bambino i cui sintomi soddisfano i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente può ricevere anche una diagnosi in comorbilità di DDAI, disturbo depressivo maggiore e/o disturbo d'ansia. Tuttavia, bambini la cui irritabilità è presente solo nel contesto di un episodio depressivo maggiore o di un disturbo depressivo persistente (distimia) dovrebbero ricevere una di queste diagnosi piuttosto che una diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Bambini con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente possono avere

sintomi che soddisfano anche i criteri per un disturbo d'ansia e possono ricevere entrambe le diagnosi, ma bambini la cui irritabilità si manifesta solo nel contesto dell'esacerbazione di un disturbo d'ansia dovrebbero ricevere la relativa diagnosi di disturbo d'ansia piuttosto che quella di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Inoltre, bambini con disturbo dello spettro dell'autismo presentano frequentemente scoppi di collera quando, per esempio, viene disturbata la loro routine. In questo caso, lo scoppio di collera dovrebbe essere considerato secondario al disturbo dello spettro dell'autismo e il bambino non dovrebbe ricevere la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.

Disturbo esplosivo intermittente. Bambini con sintomi che suggeriscono la presenza di un disturbo esplosivo intermittente si presentano con casi di gravi scoppi di collera, proprio come i bambini con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Tuttavia, al contrario del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, il disturbo esplosivo intermittente non richiede una persistente alterazione dell'umore tra gli scoppi di collera. Inoltre, il disturbo esplosivo intermittente richiede solo 3 mesi di sintomi attivi, a differenza dei 12 mesi richiesti per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Pertanto, queste due diagnosi non dovrebbero essere poste nello stesso bambino. Per bambini con scoppi di collera e irritabilità intercorrente, persistente, dovrebbe essere posta solo la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.

Comorbilità

I tassi di comorbilità nel disturbo da disregolazione dell'umore dirompente sono estremamente alti. È raro riscontrare individui i cui sintomi soddisfano solo i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. La comorbilità tra il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente e altre sindromi definite dal DSM sembra essere maggiore rispetto a molte altre patologie mentali pediatriche; la sovrapposizione più forte è con il disturbo oppositivo provocatorio. Nel disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non è particolarmente alto solo il tasso di comorbilità globale, ma anche la gamma di malattie in comorbilità sembra essere particolarmente ampia. Questi bambini si presentano con un'ampia gamma di sintomi e diagnosi di comportamento dirompente, umore, ansia, e anche dello spettro dell'autismo. Tuttavia, i bambini con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non dovrebbero avere sintomi che soddisfano i criteri per un disturbo bipolare, in quanto in questi casi dovrebbe essere posta solo la diagnosi di disturbo bipolare. Se i bambini hanno sintomi che soddisfano i criteri per il disturbo oppositivo provocatorio o il disturbo esplosivo intermittente e il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, dovrebbe essere posta solo la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Inoltre, come osservato precedentemente, la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non dovrebbe essere posta se i sintomi si manifestano solo in un contesto che provoca ansia, quando si altera la routine di un bambino con disturbo dello spettro dell'autismo o con disturbo ossessivo compulsivo, oppure nell'ambito di un episodio depressivo maggiore.

Disturbo depressivo maggiore

Criteri diagnostici

A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

Nota: Non comprendere sintomi chiaramente attribuibili a un'altra condizione medica.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a). (**Nota:** Nei bambini e negli adolescenti, l'umore può essere irritabile.)
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).
3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni. (**Nota:** Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali.)
4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).
6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.
7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a).
8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri).
9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.

B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Nota: I Criteri A-C costituiscono un episodio depressivo maggiore.

Nota: Risposte a una perdita significativa (per es., lutto, tracollo finanziario, perdite derivanti da un disastro naturale, una grave patologia medica o disabilità) possono comprendere sentimenti di intensa tristezza, ruminazione sulla perdita, insonnia, scarso appetito e perdita di peso, annotati nel Criterio A, che possono assomigliare a un episodio depressivo. Nonostante tali sintomi possano essere comprensibili oppure considerati appropriati alla perdita, la presenza di un episodio depressivo maggiore in aggiunta alla normale risposta a una perdita significativa dovrebbe essere considerata attentamente. Questa decisione richiede inevitabilmente una valutazione clinica basata sulla storia dell'individuo e sulle norme culturali per l'espressione del disagio nel contesto della perdita.[1]

[1] Nel distinguere il lutto da un episodio depressivo maggiore (EDM) è utile considerare che nel lutto il vissuto predominante consiste in sentimenti di vuoto e di perdita, mentre nell'EDM consiste in un umore depresso persistente e un'incapacità di provare felicità o piacere. La disforia nel lutto di solito diminuisce di intensità nel corso di giorni o settimane e si verifica a ondate. Queste tendono a essere associate a pensieri o ricordi del defunto. L'umore depresso nell'EDM è più persistente e non è legato a specifici pensieri o preoccupazioni. Il dolore del lutto può essere accompagnato da umore ed emozioni positivi che non sono caratteristici dell'infelicità e sofferenza pervasive tipiche di un EDM. Il contenuto del pensiero associato al lutto presenta generalmente una preoccupazione relativa a pensieri e ricordi del defunto, piuttosto che le ruminazioni autocritiche o pessimistiche osservate nell'EDM. Nel lutto, l'autostima è generalmente preservata, mentre nell'EDM sono comuni sentimenti di autosvalutazione e disgusto per se stessi. Se nel lutto è presente ideazione autodenigratoria, si tratta in genere di carenze percepite nei confronti del defunto (per es., non averlo visitato abbastanza frequentemente, non aver detto al defunto quanto fosse amato). Se un individuo che ha subito un lutto ha pensieri relativi alla morte e al morire, tali pensieri sono generalmente focalizzati sul defunto ed eventualmente sul "raggiungere" il defunto, mentre nell'EDM tali pensieri sono focalizzati sul mettere fine alla propria vita per sentimenti di inutilità, di essere immeritevoli della vita, oppure incapaci di far fronte al dolore della depressione.

D. Il verificarsi dell'episodio depressivo maggiore non è meglio spiegato dal disturbo schizoaffettivo, dalla schizofrenia, dal disturbo schizofreniforme, dal disturbo delirante o dal disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.

E. Non vi è mai stato un episodio maniacale o ipomaniacale.
Nota: Tale esclusione non si applica se tutti gli episodi simil-maniacali o simil-ipomaniacali sono indotti da sostanze o sono attribuibili agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica.

Procedure di codifica e di registrazione

Il codice diagnostico per il disturbo depressivo maggiore è basato sulla presenza di un episodio singolo o ricorrente, sulla gravità attuale, sulla presenza di caratteristiche psicotiche e sullo stato di remissione. La gravità attuale e le caratteristiche psicotiche sono indicate solo se attualmente sono soddisfatti tutti i criteri per un episodio depressivo maggiore. Gli specificatori di remissione sono indicati solo se attualmente non sono soddisfatti tutti i criteri per un episodio depressivo maggiore. I codici sono i seguenti:

Specificatori di gravità/decorso	Episodio singolo	Episodio ricorrente*
Lieve (p. 216)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderata (p. 216)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (p. 216)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con caratteristiche psicotiche** (p. 216)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
In remissione parziale (p. 216)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
In remissione completa (p. 216)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Non specificato	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

* Perché un episodio sia considerato ricorrente, deve esservi un intervallo di almeno 2 mesi consecutivi tra episodi separati in cui non sono soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore. Le definizioni degli specificatori si trovano alle pagine indicate.
** Se sono presenti caratteristiche psicotiche, codificare "con caratteristiche psicotiche" indipendentemente dalla gravità dell'episodio.

Nel registrare il nome di una diagnosi, i termini dovrebbero essere elencati nel seguente ordine: disturbo depressivo maggiore, episodio singolo o ricorrente, specificatori di gravità/caratteristiche psicotiche/remissione, seguiti da tutti i seguenti specificatori senza codici applicabili all'episodio attuale.

Specificare:

Con ansia (p. 212)
Con caratteristiche miste (p. 213)
Con caratteristiche melancoliche (pp. 213-214)
Con caratteristiche atipiche (p. 214)
Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore (p. 214)
Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore (p. 214)
Con catatonia (p. 215). **Nota di codifica:** Usare codice aggiuntivo 293.89 (F06.1)
Con esordio nel peripartum (p. 215)
Con andamento stagionale (solo episodio ricorrente) (pp. 215-216)

Caratteristiche diagnostiche

I sintomi per il disturbo depressivo maggiore devono essere presenti quasi tutti i giorni, a eccezione della modificazione di peso e dell'ideazione suicidaria. L'umore depresso deve essere presente per la maggior parte del giorno, oltre che quasi tutti i giorni. Spesso l'insonnia o la faticabilità rappresentano il sintomo di manifestazione, e il mancato riconoscimento dei sintomi depressivi di accompagnamento porta a sottostima diagnostica. La tristezza può essere inizialmente negata ma può essere elicitata attraverso il colloquio o desunta dall'espressione del viso o dall'atteggiamento. Con gli individui che si concentrano sui sintomi fisici, i clinici dovrebbero determinare se il disagio di tale sintomatologia sia associato a specifici sintomi depressivi. In un'alta percentuale di casi sono presenti faticabilità e alterazione del sonno; disturbi psicomotori sono molto meno comuni ma indicativi di una maggiore gravità complessiva, così come lo è la presenza di sensi di colpa deliranti o semideliranti.

La caratteristica essenziale di un episodio depressivo maggiore è un periodo di almeno 2 settimane durante il quale vi è la presenza di umore depresso o la perdita di interesse o piacere in quasi tutte le attività (Criterio A). Nei bambini e negli adolescenti, l'umore può essere irritabile piuttosto che triste. L'individuo deve anche avere almeno 4 sintomi aggiuntivi derivati da una lista che include modificazioni dell'appetito o del peso, del sonno e dell'attività psicomotoria; diminuzione di energia; sensi di autosvalutazione o di colpa; difficoltà nel pensare, concentrarsi o prendere decisioni; oppure pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria o piani per commettere suicidio o tentativi di suicidio. Per considerare un episodio depressivo come tale, un sintomo deve essere di nuova comparsa o essere chiaramente peggiorato rispetto allo status pre-episodico della persona. I sintomi devono persistere per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, per almeno 2 settimane consecutive. L'episodio deve essere accompagnato da disagio clinicamente significativo o da compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. In alcuni individui con episodi più lievi, il funzionamento può apparire normale ma richiede un marcato aumento di sforzo.

L'umore, in un episodio depressivo maggiore, viene spesso descritto dall'individuo come depresso, triste, disperato, scoraggiato o "giù di corda" (Criterio A1). In alcuni casi, la tristezza può essere inizialmente negata ma può essere elicitata in seguito attraverso il colloquio clinico (per es., facendo notare che l'individuo sembra sul punto di piangere). In alcuni individui che lamentano di sentirsi "spenti", di non avere sentimenti o di sentirsi ansiosi, la presenza di umore depresso può essere dedotta dall'espressione del viso e dall'atteggiamento. Alcuni individui enfatizzano i sintomi fisici (per es., fastidi e dolori corporei) anziché riferire sentimenti di tristezza. Molti individui riferiscono o mostrano un aumento dell'irritabilità (per es., rabbia persistente, tendenza a rispondere agli eventi con accessi di ira o prendendosela con gli altri, esagerato senso di frustrazione per questioni irrilevanti). Nei bambini e negli adolescenti si può manifestare un umore irritabile o scontroso piuttosto che triste o abbattuto. Questa manifestazione clinica dovrebbe essere distinta da un pattern di irritabilità sotto frustrazione.

La perdita di interesse o piacere è quasi sempre presente, almeno in qualche misura. Gli individui possono riferire di sentirsi meno interessati agli hobby, di "non curarsene più" o di non provare alcun piacere in attività precedentemente considerate piacevoli (Criterio A2). I familiari notano spesso ritiro sociale o abbandono delle occupazioni piacevoli (per es., un giocatore di golf precedentemente appassionato non gioca più, un bambino cui piaceva il calcio trova scuse per non praticarlo). In alcuni individui vi è una significativa riduzione dell'interesse o del desiderio sessuale rispetto ai livelli precedenti.

La modificazione dell'appetito può consistere sia nella riduzione sia nell'aumento di esso. Alcuni individui depressi riferiscono di doversi sforzare di mangiare. Altri possono mangiare di più e desiderare fortemente cibi particolari (per es., dolci o altri carboidrati). Quando le alterazioni dell'appetito sono gravi (in entrambe le direzioni), può esservi una perdita o un aumento di peso significativi, oppure, nei bambini, si può osservare l'incapacità di raggiungere i livelli ponderali previsti (Criterio A3).

L'alterazione del sonno può assumere la forma della difficoltà di dormire o quella del dormire troppo (Criterio A4). Quando è presente insonnia, essa assume tipicamente la forma di insonnia centrale (cioè risveglio durante la notte e poi difficoltà a riaddormentarsi) o di insonnia terminale (cioè svegliarsi troppo presto e non essere in grado di riaddormentarsi). Si può verificare anche insonnia iniziale (cioè difficoltà ad addormentarsi). Gli individui che presentano eccesso di sonno (ipersonnia) possono avere prolungati episodi di sonno notturno oppure un aumento del sonno diurno. Talvolta il sonno disturbato è il motivo per cui l'individuo richiede il trattamento.

Le alterazioni psicomotorie includono agitazione (per es., incapacità di stare seduti, passeggiare avanti e indietro, stropicciarsi le mani; oppure tirarsi o sfregarsi la pelle, i vestiti o altri oggetti) oppure rallentamento (per es., eloquio, pensiero e movimenti del corpo rallentati; aumento delle pause prima di rispondere; eloquio con riduzione di volume, di inflessioni o di varietà di contenuto, oppure mutacismo) (Criterio A5). L'agitazione o il rallentamento psicomotorio devono essere abbastanza gravi da poter essere osservati da altri e non rappresentare semplicemente una sensazione soggettiva.

Sono comuni diminuzione dell'energia, astenia e faticabilità (Criterio A6). L'individuo può riferire una continua stanchezza in mancanza di attività fisica. Anche i più piccoli compiti sembrano richiedere uno sforzo considerevole. Può essere ridotta l'efficienza nello svolgimento dei compiti. Per esempio, un individuo può lamentarsi del fatto che lavarsi e vestirsi al mattino sia faticoso e richieda il doppio del tempo rispetto al solito.

Il senso di autosvalutazione o di colpa associato a un episodio depressivo maggiore può includere valutazioni negative irrealistiche del proprio valore oppure preoccupazioni di colpa o ruminazioni su piccoli errori passati (Criterio A7). Tali individui spesso interpretano eventi quotidiani neutri o banali ritenendoli la prova di difetti personali e provano un esagerato senso di responsabilità riguardo a eventi sfavorevoli. Il senso di autosvalutazione o di colpa può assumere proporzioni deliranti (per es., un individuo convinto di essere personalmente responsabile della povertà nel mondo). Il rimproverarsi di essere malati/e e di non riuscire ad assumersi responsabilità lavorative o interpersonali come conseguenza della depressione è molto comune e, a meno che non sia delirante, non è considerato sufficiente a soddisfare questo criterio.

Molti individui riferiscono ridotta capacità di pensare, concentrarsi o prendere decisioni anche facili (Criterio A8). Possono apparire facilmente distraibili o lamentarsi di difficoltà di memoria. Gli individui che svolgono attività impegnative dal punto di vista cognitivo spesso non sono in grado di funzionare in modo adeguato. Nei bambini, un calo precipitoso dei voti scolastici può riflettere una scarsa concentrazione. Negli individui anziani, i disturbi della memoria possono rappresentare la lamentela principale e possono essere erroneamente interpretate come i primi segnali di una demenza ("pseudodemenza"). Quando l'episodio depressivo maggiore viene trattato con successo, spesso i disturbi della memoria scompaiono completamente. Tuttavia, in alcuni individui, in particolare persone anziane, un episodio depressivo maggiore può a volte essere la manifestazione iniziale di una demenza irreversibile.

Sono frequenti pensieri di morte, ideazione suicidaria o tentativi di suicidio (Criterio A9). Questi pensieri variano da un desiderio passivo di non svegliarsi al mattino oppure dalla convinzione che gli altri starebbero meglio se la persona fosse morta, a pensieri transitori ma ricorrenti di suicidarsi, fino a un piano specifico di suicidio. Gli individui a più grave rischio suicidario possono aver sistemato i propri affari (per es., aggiornato il testamento, liquidato i debiti), aver acquistato materiale necessario (per es., una corda o una pistola) e possono aver stabilito il luogo e il momento per compiere il suicidio. Le motivazioni per il suicidio possono includere un desiderio di rinunciare a fronteggiare ostacoli percepiti come insormontabili, o un desiderio intenso di porre fine a uno stato emotivo estremamente doloroso che viene percepito come interminabile, o un'incapacità di prevedere qualsiasi tipo di godimento nella vita, oppure il desiderio di non essere di peso agli altri. La risoluzione di tali pensieri può essere una misura della diminuzione del rischio di suicidio più significativa della negazione di ulteriori piani per il suicidio.

La valutazione dei sintomi di un episodio depressivo maggiore è particolarmente difficile quando questi si presentano in un individuo che ha anche una condizione medica generale (per es., cancro, ictus, infarto del miocardio, diabete, gravidanza). Alcuni segni e sintomi dei criteri di un episodio depressivo maggiore sono identici a quelli caratteristici di condizioni mediche generali (per es., perdita di peso nel diabete non trattato; astenia nel cancro; ipersonnia all'inizio della gravidanza, insonnia nell'ultimo periodo della gravidanza o nel postpartum). Tali sintomi indirizzano verso una diagnosi di depressione maggiore tranne quando sono chiaramente e completamente attribuibili a una condizione medica generale. In tali casi, sintomi non vegetativi di disforia, anedonia, colpa o autosvalutazione, ridotta concentrazione o indecisione, e pensieri suicidari dovrebbero essere valutati con particolare attenzione. Le definizioni di episodi depressivi maggiori che sono state modificate in modo da includere solo sintomi non vegetativi identificano quasi gli stessi individui del set di criteri completo.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il disturbo depressivo maggiore è associato a elevata mortalità, causata prevalentemente dal suicidio che, tuttavia, non è l'unica causa. Per esempio, individui depressi ricoverati in case di cura hanno un marcato aumento della probabilità di morte nel primo anno. Gli individui presentano frequentemente facilità al pianto, irritabilità, tendenza a rimuginare, ruminazione ossessiva, ansia, fobie, preoccupazione eccessiva per la salute fisica e sintomi di dolore (per es., cefalee; dolori articolari, addominali o di altro tipo). Nei bambini, può verificarsi ansia di separazione.

Nonostante l'esistenza di una vasta letteratura che descrive i correlati neuroanatomici, neuroendocrinologici e neurofisiologici del disturbo depressivo maggiore, nessun esame di laboratorio ha dato risultati di sufficiente sensibilità e specificità per essere utilizzato come strumento diagnostico per questo disturbo. L'anomalia più studiata negli episodi maggiori è l'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, che sembra essere associata alla melancolia, a caratteristiche psicotiche e a rischio suicidario. Studi molecolari hanno ipotizzato anche fattori periferici, tra cui varianti genetiche di fattori neurotrofici e delle citochine pro-infiammatorie. Inoltre, studi di imaging con risonanza magnetica funzionale forniscono evidenze per anomalie funzionali di specifici circuiti neuronali che supportano l'elaborazione delle emozioni, la ricerca delle ricompense e la regolazione delle emozioni in adulti con depressione maggiore.

Prevalenza

La prevalenza a 12 mesi del disturbo depressivo maggiore negli Stati Uniti è del 7% circa, con marcate differenze per fasce d'età tali che la prevalenza in individui dai 18 ai 29 anni di età è tre volte maggiore della prevalenza in individui di 60 anni o più. Le femmine hanno tassi maggiori da 1,5 a 3 volte rispetto ai maschi con inizio nella prima adolescenza.

Sviluppo e decorso

Il disturbo depressivo maggiore può insorgere per la prima volta a qualsiasi età, ma la probabilità di esordio aumenta marcatamente con la pubertà. Negli Stati Uniti, l'incidenza sembra avere il suo picco intorno ai 20 anni; tuttavia è comune un esordio in età avanzata.

Il decorso del disturbo depressivo maggiore è abbastanza variabile, in quanto alcuni individui non raggiungono mai, o solo raramente, la remissione (un periodo di 2 mesi o più senza sintomi, oppure uno o due sintomi presenti in modo lieve), mentre altri vivono molti anni con pochi o nessun sintomo tra i diversi episodi. È importante distinguere gli individui che si presentano per il trattamento durante un'esacerbazione di un disturbo depressivo cronico da quelli i cui sintomi si sono sviluppati recentemente. La cronicità dei sintomi depressivi aumenta in modo sostanziale la probabilità di sottostanti disturbi di personalità, d'ansia e da uso di sostanze, e riduce la probabilità di una risoluzione completa della sintomatologia. Per questo è importante chiedere agli individui che presentano sintomi depressivi di identificare l'ultimo periodo di almeno 2 mesi senza alcun sintomo depressivo.

Per due individui su cinque con depressione maggiore, il processo di guarigione ha inizio in genere entro 3 mesi dall'esordio, e per quattro individui su cinque entro 1 anno. L'esordio recente è un importante indicatore della probabilità di guarigione a breve termine, e per molti individui che sono stati depressi solo per alcuni mesi è possibile prevedere una guarigione spontanea. Le caratteristiche associate a minori tassi di guarigione, oltre la durata dell'episodio attuale, includono caratteristiche psicotiche, ansia prevalente, disturbi di personalità e gravità dei sintomi.

Il rischio di ricaduta diminuisce progressivamente nel tempo all'aumentare della durata della remissione. Il rischio è maggiore negli individui in cui l'episodio precedente è stato grave, in individui giovani e in individui che hanno già avuto più episodi di malattia. La persistenza di sintomi depressivi anche lievi durante la remissione è un potente indicatore di ricaduta.

Molti disturbi bipolari hanno inizio con uno o più episodi depressivi, e un'ampia percentuale sostanziale di individui che sembrano inizialmente avere un disturbo depressivo maggiore dimostreranno, nel tempo, di avere invece un disturbo bipolare. Questo è più probabile in individui con esordio della malattia nell'adolescenza, in quelli con caratteristiche psicotiche e in quelli con una storia familiare di disturbo bipolare. La presenza dello specificatore "con caratteristiche miste" aumenta anche il rischio di diagnosi future maniacali o ipomaniacali. Il disturbo depressivo maggiore, in particolare con caratteristiche psicotiche, può anche evolvere in schizofrenia, un cambiamento molto più frequente del contrario.

Nonostante evidenti differenze di genere per quanto riguarda i tassi di prevalenza dei disturbi depressivi, non sembrano esservi chiare differenze di genere nella fenomenologia, nel decorso o nella risposta al trattamento. Analogamente, non vi sono chiari effetti dell'età attuale sul decorso o sulla risposta al trattamento del disturbo

depressivo maggiore. Esistono tuttavia alcune differenze nei sintomi, come il fatto che l'ipersonnia e l'iperfagia siano più frequenti in individui più giovani e i sintomi melancolici, in particolare disturbi psicomotori, siano più comuni in individui più anziani. La probabilità dei tentativi di suicidio diminuisce nell'età adulta e nell'età avanzata, sebbene il rischio di suicidi completati non si riduca. Le depressioni con un'età di esordio precoce hanno una maggiore familiarità e una maggiore probabilità di comportare disturbi di personalità. Il decorso del disturbo depressivo maggiore in genere non si modifica con l'invecchiamento. Tempi medi di guarigione sembrano essere stabili, e il rischio di avere un episodio depressivo solitamente non aumenta e non diminuisce con il tempo.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Il nevroticismo (affettività negativa) è un fattore di rischio ben consolidato per l'esordio del disturbo depressivo maggiore, e alti livelli rendono gli individui più sensibili allo sviluppo di episodi depressivi in risposta a eventi di vita stressanti.

Fattori ambientali. Esperienze infantili avverse, in particolare se molteplici e di diverso tipo, costituiscono un importante fattore di rischio per il disturbo depressivo maggiore. Eventi di vita stressanti sono stati ben riconosciuti come fattori precipitanti gli episodi depressivi, ma la presenza o l'assenza di eventi di vita avversi prima dell'esordio non sembra fornire indicazioni utili per la prognosi o la scelta del trattamento.

Fattori genetici e fisiologici. I familiari di primo grado di individui con disturbo depressivo maggiore hanno un rischio di sviluppare il disturbo da due a quattro volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Il rischio relativo sembra maggiore per le forme a esordio precoce e per le forme ricorrenti. L'ereditarietà del disturbo è circa del 40% e il nevroticismo spiega una parte significativa di tale predisposizione genetica.

Modificatori del decorso. Fondamentalmente, tutti i principali disturbi non affettivi aumentano il rischio di sviluppare una depressione in un individuo. Gli episodi depressivi maggiori che si sviluppano nel contesto di un altro disturbo seguono spesso un decorso maggiormente refrattario. I disturbi da uso di sostanze, d'ansia e di personalità borderline sono tra i più comuni, ma la presenza di sintomi depressivi può oscurare e ritardare il loro riconoscimento. Tuttavia, il continuo miglioramento clinico dei sintomi depressivi dipende dal trattamento appropriato del disturbo sottostante. Anche condizioni mediche croniche o invalidanti aumentano il rischio di episodi depressivi. Patologie prevalenti come il diabete, l'obesità patologica e le malattie cardiovascolari sono spesso complicate da episodi depressivi, e tali episodi hanno più probabilità di cronicizzare rispetto agli episodi depressivi insorti in soggetti senza malattie fisiche.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Gli studi sul disturbo depressivo maggiore nelle diverse culture hanno mostrato differenze di 7 volte nei tassi di prevalenza a 12 mesi ma un'ampia consistenza nella distribuzione maschio-femmina, nell'età di esordio e nell'aumento dell'abuso di sostanze causato dalla depressione. Se, da un lato, tali risultati, mentre suggeriscono sostanziali differenze culturali nell'espressione del disturbo depressivo maggiore, dall'altro non

permettono di individuare la relazione tra una particolare cultura e il rischio di specifici sintomi. Piuttosto, i clinici dovrebbero essere consapevoli che nella maggior parte dei paesi la depressione non viene spesso riconosciuta nelle strutture di cure primarie, e che in molte culture i pazienti si presentano lamentando sintomi somatici. Tra i sintomi del Criterio A, l'insonnia e la perdita di energia sono i sintomi riferiti in modo più uniforme.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Sebbene il dato epidemiologico più riproducibile sul disturbo depressivo maggiore sia stato la maggiore prevalenza nelle femmine, non vi sono chiare differenze tra i generi per quanto riguarda i sintomi, il decorso, la risposta al trattamento o le conseguenze funzionali. Nelle donne, il rischio di tentativi di suicidio è maggiore, mentre il rischio di suicidi compiuti è minore. Tuttavia, la differenza di genere nei tassi di suicidio non è così elevata negli individui con disturbi depressivi come lo è nella popolazione generale.

Rischio di suicidio

La possibilità di comportamento suicidario è sempre presente durante gli episodi depressivi maggiori. Il fattore di rischio consolidato più coerente è una storia passata di tentativi o minacce di suicidio, ma si deve tener presente che la maggior parte dei suicidi completati non sono preceduti da altri tentativi. Altre caratteristiche associate a un aumentato rischio di completamento di suicidio includono il sesso maschile, l'essere single o vivere soli, e l'avere prevalenti sentimenti di disperazione. La presenza di disturbo borderline di personalità aumenta marcatamente il rischio di tentativi di suicidio in futuro.

Conseguenze funzionali del disturbo depressivo maggiore

Molte conseguenze funzionali del disturbo depressivo maggiore derivano dai sintomi individuali. La compromissione può essere molto lieve, al punto che coloro che interagiscono con l'individuo affetto non riconoscono la presenza di sintomi depressivi. La compromissione può, tuttavia, variare fino alla completa inabilità, al punto che l'individuo depresso è incapace di far fronte alle necessità di base per la cura di se stesso, oppure è muto o catatonico. Tra gli individui osservati nelle strutture di medicina generale, quelli con disturbo depressivo maggiore riferiscono più dolore e malattie fisiche e una maggiore diminuzione del funzionamento fisico, sociale e di ruolo.

Diagnosi differenziale

Episodi maniacali con umore irritabile o episodi misti. Può risultare difficile distinguere gli episodi depressivi maggiori con preminente umore irritabile dagli episodi maniacali con umore irritabile oppure dagli episodi misti. Tale distinzione richiede un'attenta valutazione clinica della presenza di sintomi maniacali.

Disturbo dell'umore dovuto a un'altra condizione medica. Un episodio depressivo maggiore risulta essere la diagnosi appropriata se il disturbo dell'umore, sulla base dell'anamnesi personale dell'individuo, dell'esame fisico e dei dati di laboratorio, non è la diretta conseguenza fisiopatologica di una condizione medica specifica (per es., sclerosi multipla, ictus, ipotiroidismo).

Disturbo depressivo o bipolare indotto da sostanze/farmaci. Questo disturbo si distingue dal disturbo depressivo maggiore dal fatto che una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco, una tossina) sia eziologicamente in relazione con il disturbo dell'umore. Per esempio, l'umore depresso che si presenta soltanto nel contesto di un'astinenza da cocaina dovrebbe essere diagnosticato come disturbo depressivo indotto da cocaina.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Distraibilità e bassa tolleranza alle frustrazioni possono verificarsi sia nel disturbo da deficit di attenzione/iperattività sia nell'episodio depressivo maggiore; se sono soddisfatti criteri per entrambi, oltre al disturbo dell'umore può essere diagnosticato anche il disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Tuttavia, il clinico deve essere attento a non sovradiagnosticare un episodio depressivo maggiore in bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività che presentano un'alterazione dell'umore caratterizzato da irritabilità piuttosto che da tristezza o perdita degli interessi.

Disturbo dell'adattamento con umore depresso. Un episodio depressivo maggiore che si verifica in risposta a un evento psicosociale stressante si distingue dal disturbo dell'adattamento con umore depresso per il fatto che nel disturbo dell'adattamento non vengono pienamente soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore.

Tristezza. Infine, periodi di tristezza sono aspetti inerenti all'esperienza umana. Tali periodi non dovrebbero essere diagnosticati come un episodio depressivo maggiore a meno che i criteri non siano soddisfatti per gravità (cioè cinque dei nove sintomi), durata (cioè la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni per almeno 2 settimane) e disagio clinicamente significativo o compromissione. La diagnosi di disturbo depressivo con altra specificazione può essere appropriata per manifestazioni di umore depresso con compromissione clinicamente significativa che non soddisfano i criteri di durata o di gravità.

Comorbilità

Altri disturbi frequentemente in comorbilità con il disturbo depressivo maggiore sono il disturbo correlato a sostanze, il disturbo di panico, il disturbo ossessivo-compulsivo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo borderline di personalità.

Disturbo depressivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)

Criteri diagnostici

Questo disturbo rappresenta l'unione del disturbo depressivo maggiore cronico e del disturbo distimico definiti dal DSM-IV.

A. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riferito dall'individuo o osservato da altri, per almeno 2 anni.
   Nota: Nei bambini e negli adolescenti, l'umore può essere irritabile e la durata deve essere di almeno 1 anno.

B. Presenza, quando depresso, di due (o più) dei seguenti sintomi:
   1. Scarso appetito o iperfagia.
   2. Insonnia o ipersonnia.
   3. Scarsa energia o astenia.
   4. Bassa autostima.
   5. Difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni.
   6. Sentimenti di disperazione.

C. Durante i 2 anni di malattia (1 anno nei bambini o negli adolescenti), l'individuo non è mai stato privo dei sintomi di cui ai Criteri A e B per più di 2 mesi alla volta.

D. I criteri per un disturbo depressivo maggiore possono essere continuamente presenti per 2 anni.

E. Non è mai stato presente un episodio maniacale o ipomaniacale, né sono mai stati soddisfatti i criteri per il disturbo ciclotimico.

F. Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo schizoaffettivo persistente, dalla schizofrenia, dal disturbo delirante o da un disturbo dello spettro della schizofrenia con altra specificazione o senza specificazione o altro disturbo psicotico.

G. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., droga di abuso, farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., ipotiroidismo).

H. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota: Poiché i criteri per un episodio depressivo maggiore includono quattro sintomi che non sono presenti nella lista dei sintomi per il disturbo depressivo persistente (distimia), un numero molto limitato di individui avrà sintomi depressivi che si sono protratti per più di 2 anni ma non soddisferanno i criteri per il disturbo depressivo persistente. Se i criteri per un episodio depressivo maggiore vengono soddisfatti durante l'attuale episodio di malattia, dovrebbe essere posta la diagnosi di disturbo depressivo maggiore. Altrimenti, è giustificata la diagnosi di disturbo depressivo con altra specificazione oppure di disturbo depressivo senza specificazione.

Specificare se:

Con ansia (p. 212)
Con caratteristiche miste (pp. 213-214)
Con caratteristiche melancoliche (p. 213)
Con caratteristiche atipiche (p. 214)
Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore (p. 214)
Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore (p. 214)
Con esordio nel peripartum (p. 215)

Specificare se:

In remissione parziale (p. 216)
In remissione completa (p. 216)

Specificare se:

Con esordio precoce: Esordio prima dei 21 anni.
Con esordio tardivo: Esordio a 21 anni o più tardi.

Specificare se (per gli ultimi 2 anni di disturbo depressivo persistente):

Con sindrome distimica pura: I criteri per un episodio depressivo maggiore non sono stati soddisfatti pienamente nei 2 anni precedenti.

Con episodio depressivo maggiore persistente: I criteri per un episodio depressivo maggiore sono stati soddisfatti pienamente nei 2 anni precedenti.

Con episodi depressivi maggiori intermittenti, con episodio attuale: I criteri per un episodio depressivo maggiore sono attualmente soddisfatti pienamente, ma vi sono stati periodi di almeno 8 settimane almeno nei 2 anni precedenti con sintomi sotto la soglia per un episodio depressivo maggiore completo.

Con episodi depressivi maggiori intermittenti, senza episodio attuale: I criteri per un episodio depressivo maggiore non sono attualmente soddisfatti pienamente, ma ci sono stati uno o più episodi depressivi maggiori nei 2 anni precedenti.

Specificare la gravità attuale:
Lieve (p. 216)
Moderata (p. 216)
Grave (p. 216)

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo depressivo persistente (distimia) è un umore depresso presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, per almeno 2 anni, o almeno 1 anno nei bambini e negli adolescenti (Criterio A). Questo disturbo rappresenta l'unione del disturbo depressivo maggiore cronico e del disturbo distimico definiti dal DSM-IV. La depressione maggiore può precedere il disturbo depressivo persistente ed episodi depressivi maggiori possono verificarsi durante il disturbo depressivo persistente. Individui i cui sintomi soddisfano i criteri per il disturbo depressivo maggiore per 2 anni dovrebbero ricevere la diagnosi di disturbo depressivo persistente così come la diagnosi di disturbo depressivo maggiore.

Gli individui con disturbo depressivo persistente descrivono il loro umore come triste o "giù di corda". Durante i periodi di umore depresso sono presenti almeno due dei sei sintomi di cui al Criterio B. Poiché questi sintomi sono divenuti parte dell'esperienza quotidiana dell'individuo, in particolare nel caso di esordio precoce (per es., "Sono sempre stato così"), essi possono non essere riferiti, a meno che non vengano chiesti all'individuo in modo diretto. Durante il periodo di 2 anni (1 anno per i bambini o gli adolescenti), gli intervalli liberi da sintomi non durano più di 2 mesi (Criterio C).

Prevalenza

Il disturbo depressivo persistente è effettivamente l'unione del disturbo distimico e dell'episodio depressivo maggiore cronico del DSM-IV. La prevalenza a 12 mesi negli Stati Uniti è di circa 0,5% per il disturbo depressivo persistente e di 1,5% per il disturbo depressivo maggiore cronico.

Sviluppo e decorso

Il disturbo depressivo persistente ha spesso un esordio precoce e insidioso (per es., nell'infanzia, nell'adolescenza o nella prima età adulta) e, per definizione, ha un decorso cronico. Tra gli individui sia con disturbo depressivo persistente sia con disturbo borderline di personalità, la covarianza delle caratteristiche corrispondenti nel tempo suggerisce la presenza di un meccanismo comune. L'esordio precoce (cioè prima dei 21 anni) è associato a una probabilità più alta di comorbilità con disturbi di personalità e disturbi da uso di sostanze.

Quando i sintomi arrivano al livello di un episodio depressivo maggiore, essi possono successivamente tornare a un livello minore. Tuttavia, i sintomi depressivi hanno molta meno probabilità di risolversi in un dato periodo di tempo nel contesto del disturbo depressivo persistente rispetto a un contesto di episodio depressivo maggiore.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Fattori predittivi di una prognosi a lungo termine più negativa includono maggiori livelli di nevroticismo (affettività negativa), maggiore gravità dei sintomi, funzionamento globale più compromesso e presenza di disturbi d'ansia o di disturbo della condotta.

Fattori ambientali. Fattori di rischio infantili includono la perdita dei genitori o la separazione dai genitori.

Fattori genetici e fisiologici. Non vi sono chiare differenze nello sviluppo del disturbo, nel decorso o nella storia familiare tra il disturbo distimico e il disturbo depressivo maggiore cronico del DSM-IV. Scoperte precedenti che si riferiscono a entrambi i disturbi sono quindi probabilmente da applicare al disturbo depressivo persistente. È quindi possibile che individui con disturbo depressivo persistente abbiano una maggiore percentuale di parenti di primo grado con disturbo depressivo persistente rispetto a individui con disturbo depressivo maggiore e altri disturbi depressivi in generale.

Un certo numero di regioni cerebrali (per es., corteccia prefrontale, corteccia cingolata anteriore, amigdala, ippocampo) sono state implicate nel disturbo depressivo persistente. Esistono anche possibili anomalie polisonnografiche.

Conseguenze funzionali del disturbo depressivo persistente

Il grado in cui il disturbo depressivo persistente influenza il funzionamento sociale e lavorativo può variare ampiamente, ma gli effetti possono essere pari o superiori a quelli del disturbo depressivo maggiore.

Diagnosi differenziale

Disturbo depressivo maggiore. Se è presente umore depresso in aggiunta a due o più sintomi che soddisfano i criteri per un episodio depressivo persistente per 2 anni o più, deve essere posta la diagnosi di disturbo depressivo persistente. La diagnosi dipende dalla durata di 2 anni, che distingue il disturbo da episodi di depressione che non hanno la durata di 2 anni. Se i criteri sintomatologici sono sufficienti per una diagnosi di episodio depressivo maggiore in qualsiasi momento durante questo periodo, allora la diagnosi di depressione maggiore dovrebbe essere rilevata, ma verrà codificata non come diagnosi separata ma piuttosto come specificatore insieme alla diagnosi di disturbo depressivo persistente. Se attualmente i sintomi dell'individuo soddisfano pienamente i criteri per un episodio depressivo maggiore, allora sarà usato lo specificatore "con episodi depressivi maggiori intermittenti, con episodio attuale". Se l'episodio depressivo maggiore si protrae per una durata di almeno 2 anni ed è tuttora presente, allora si deve usare lo specificatore "con episodio depressivo maggiore persistente". Se attualmente non sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio depressivo maggiore completo ma vi è stato almeno un episodio pregresso di depressione maggiore nel contesto di almeno 2 anni di sintomi depressivi persistenti, allora viene usato lo specificatore "con episodi depressivi maggiori intermittenti, senza episodio attuale". Se l'individuo non ha avuto un episodio di depressione maggiore negli ultimi 2 anni, allora viene usato lo specificatore "con sindrome distimica pura".

Disturbi psicotici. I sintomi depressivi possono essere una manifestazione associata comune dei disturbi psicotici cronici (per es., disturbo schizoaffettivo, schizofrenia, disturbo delirante). Non si pone diagnosi separata di disturbo depressivo persistente se i sintomi sono presenti soltanto durante il decorso di un disturbo psicotico (incluse le fasi residue).

Disturbo depressivo o bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica. Il disturbo depressivo persistente deve essere distinto da un disturbo depressivo o bipolare dovuto a un'altra condizione medica. La diagnosi è di disturbo depressivo o bipolare dovuto a un'altra condizione medica se il disturbo dell'umore viene ritenuto, sulla base della storia, dell'esame fisico o dei dati di laboratorio, essere attribuibile agli effetti

fisiopatologici diretti di una specifica, solitamente cronica, condizione medica (per es., sclerosi multipla). Se si ritiene che i sintomi depressivi non siano attribuibili agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica, allora viene registrato il disturbo mentale primario (per es., disturbo depressivo persistente), e la condizione medica viene annotata come condizione medica concomitante (per es., diabete mellito).

Disturbo depressivo o bipolare indotti da sostanze/farmaci. Un disturbo depressivo o bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci viene distinto dal disturbo depressivo persistente quando si ritiene che una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco, una tossina) sia eziologicamente correlata al disturbo dell'umore.

Disturbi di personalità. Spesso è evidente un coesistente disturbo di personalità. Quando le manifestazioni dell'individuo soddisfano i criteri sia per il disturbo depressivo persistente sia per un disturbo di personalità, vengono poste entrambe le diagnosi.

Comorbilità

Rispetto agli individui con disturbo depressivo maggiore, quelli con disturbo depressivo persistente hanno un rischio maggiore di comorbilità psichiatrica in generale, e in particolare per disturbi d'ansia e disturbi da uso di sostanze. Il disturbo depressivo persistente a esordio precoce è fortemente associato ai disturbi di personalità dei Gruppi B e C del DSM-IV.

Disturbo disforico premestruale 625.4 (N94.3)

Criteri diagnostici

A. Nella maggior parte dei cicli mestruali, almeno cinque sintomi devono essere presenti nella settimana precedente le mestruazioni, iniziare a *migliorare* entro pochi giorni dall'insorgenza delle mestruazioni e *ridursi al minimo* o *scomparire* nella settimana successiva alle mestruazioni.

B. Uno (o più) dei seguenti sintomi deve essere presente:

1. Marcata labilità affettiva (per es., sbalzi di umore; sentirsi improvvisamente tristi o tendenti al pianto, oppure aumentata sensibilità al rifiuto).
2. Marcata irritabilità o rabbia oppure aumento dei conflitti interpersonali.
3. Umore marcatamente depresso, sentimenti di disperazione o pensieri autocritici.
4. Ansia marcata, tensione e/o sentirsi con i nervi a fior di pelle.

C. Uno (o più) dei seguenti sintomi deve essere presente in aggiunta, per il raggiungimento del totale di *cinque* sintomi quando combinati con i sintomi del Criterio B qui sopra:

1. Diminuito interesse nelle attività abituali (per es., lavoro, scuola, amici, hobby).
2. Difficoltà soggettiva di concentrazione.
3. Letargia, facile faticabilità o marcata mancanza di energia.
4. Marcata modificazione dell'appetito; sovralimentazione; o forte desiderio di cibi specifici.
5. Ipersonnia o insonnia.
6. Senso di sopraffazione o di essere fuori controllo.
7. Sintomi fisici come indolenzimento o tensione del seno, dolore articolare o muscolare, sensazione di "gonfiore" oppure aumento di peso.

Nota: I sintomi nei Criteri A-C devono essere stati soddisfatti per la maggior parte dei cicli mestruali che si sono verificati nell'anno precedente.

D. I sintomi sono associati a disagio clinicamente significativo o a interferenza con il lavoro, la scuola, le consuete attività sociali, oppure nelle relazioni con gli altri (per es., evitamento di attività sociali; diminuzione della produttività e dell'efficienza sul posto di lavoro, a scuola o a casa).

E. L'alterazione non è solamente l'esacerbazione dei sintomi di un altro disturbo, come un disturbo depressivo maggiore, un disturbo di panico, il disturbo depressivo persistente (distimia) o un disturbo di personalità (nonostante esso possa verificarsi in concomitanza con uno qualsiasi di questi disturbi).

F. Il Criterio A dovrebbe essere confermato da valutazioni prospettiche quotidiane per almeno due cicli sintomatici. (**Nota:** La diagnosi può essere posta provvisoriamente prima di tale conferma.)

G. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco, un altro trattamento) o di un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo).

Procedure di registrazione

Se i sintomi non sono stati confermati da valutazioni prospettiche quotidiane di almeno due cicli sintomatici, dovrebbe essere annotato "provvisorio" dopo il nome della diagnosi (cioè "disturbo disforico premestruale, provvisorio").

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche essenziali del disturbo disforico premestruale sono l'espressione della labilità dell'umore, l'irritabilità, la disforia e sintomi d'ansia che si verificano ripetutamente durante la fase premestruale del ciclo e vanno incontro a remissione intorno all'insorgenza delle mestruazioni o poco dopo. Questi sintomi possono essere accompagnati da sintomi comportamentali e fisici. I sintomi devono essersi verificati nella maggior parte dei cicli mestruali durante l'ultimo anno e devono avere un effetto negativo sul funzionamento lavorativo o sociale. L'intensità e/o l'espressività dei sintomi d'accompagnamento possono essere strettamente correlate con il background sociale e culturale caratteristico della donna affetta, con le prospettive familiari e con fattori maggiormente specifici come credenze religiose, tolleranza sociale e problematiche legate al ruolo di genere femminile.

Tipicamente, i sintomi raggiungono il picco intorno al periodo di insorgenza delle mestruazioni. Nonostante non sia rara la permanenza dei sintomi nei primi giorni delle mestruazioni, l'individuo deve avere un periodo libero da sintomi nella fase follicolare successivamente all'inizio del periodo mestruale. Mentre i sintomi principali includono sintomi dell'umore e d'ansia, si presentano spesso anche sintomi comportamentali e fisici. Tuttavia, la presenza di sintomi fisici e/o comportamentali in assenza di sintomi dell'umore e/o d'ansia non è sufficiente per la diagnosi. I sintomi sono paragonabili quanto a gravità (ma non a durata) a quelli di un altro disturbo mentale, come l'episodio depressivo maggiore o il disturbo d'ansia generalizzata. Al fine di confermare la diagnosi provvisoria, sono richieste valutazioni prospettiche quotidiane per almeno due cicli sintomatici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Deliri e allucinazioni sono stati descritti nella fase luteale finale del ciclo mestruale, ma sono rari. Qualcuno ha considerato la fase premestruale come un periodo a rischio per il suicidio.

Prevalenza

La prevalenza a 12 mesi del disturbo disforico premestruale è tra 1,8 e 5,8% delle donne mestruate. Le stime sono notevolmente gonfiate se sono basate su resoconti retrospettivi piuttosto che su valutazioni prospettiche quotidiane. Tuttavia, la prevalenza stimata sulla base della valutazione quotidiana dei sintomi per 1-2 mesi può essere minore, dato che individui con i sintomi più gravi possono non essere in grado di sostenere il processo di valutazione. La stima più rigorosa del disturbo disforico premestruale è di 1,8% per le donne i cui sintomi soddisfano pienamente i criteri senza compromissione funzionale e di 1,3% per le donne i cui sintomi soddisfano i criteri attuali con compromissione funzionale e senza che si manifestino in concomitanza sintomi di un altro disturbo mentale.

Sviluppo e decorso

L'insorgenza del disturbo disforico premestruale può avvenire in qualsiasi momento dopo il menarca. L'incidenza di nuovi casi su un periodo di follow-up a 40 mesi è di 2,5% (95% intervallo di confidenza = 1,7-3,7). In modo aneddotico, molti individui, quando si avvicinano alla menopausa, riferiscono un peggioramento dei sintomi. I sintomi cessano dopo la menopausa, anche se la terapia ormonale sostitutiva può innescare nuovamente l'espressione dei sintomi.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. I fattori ambientali associati alla manifestazione del disturbo disforico premestruale includono stress, storia di trauma interpersonale, cambiamenti stagionali e aspetti socioculturali del comportamento sessuale femminile in generale, e di ruolo di genere femminile in particolare.

Fattori genetici e fisiologici. L'ereditarietà del disturbo disforico premestruale è sconosciuta. Tuttavia, per i sintomi premestruali, le stime di ereditarietà variano tra 30 e 80%, con la componente più stabile dei sintomi premestruali stimata intorno al 50% di ereditarietà.

Modificatori del decorso. Le donne che usano contraccettivi orali possono avere minori sintomi premestruali rispetto alle donne che non usano contraccettivi orali.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il disturbo disforico premestruale non è una sindrome legata alla cultura ed è stato osservato in individui negli Stati Uniti, in Europa, in India e in Asia. Non è chiaro se i tassi abbiano una variabilità per razza. Tuttavia, la frequenza, l'intensità e la manifestazione dei sintomi e i pattern di richiesta di aiuto possono essere significativamente influenzati da fattori culturali.

Marker diagnostici

Come indicato precedentemente, la diagnosi di disturbo disforico premestruale è confermata in modo appropriato da 2 mesi di valutazioni prospettiche dei sintomi. Un certo numero di scale, tra cui la Daily Rating of Severity of Problems e le Visual Analogue Scales for Premenstrual Mood Symptoms, sono state sottoposte a validazione e sono comunemente utilizzate negli studi clinici per il disturbo disforico premestruale. La Premenstrual Tension Syndrome Rating Scale esiste nella versione autosomministrata e in quella per osservatori, ed entrambe le versioni sono state validate e usate ampiamente per valutare la gravità del disturbo nelle donne che hanno il disturbo disforico premestruale.

Conseguenze funzionali del disturbo disforico premestruale

I sintomi devono essere associati a disagio clinicamente significativo e/o a un'evidente e marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo nella settimana precedente le mestruazioni. La compromissione del funzionamento sociale può essere manifestata da disaccordo coniugale e problemi con i figli, altri membri della famiglia o amici. Problemi cronici coniugali o di lavoro non dovrebbero essere confusi con le disfunzioni che si verificano solo in associazione al disturbo disforico premestruale.

Diagnosi differenziale

Sindrome premestruale. La sindrome premestruale differisce dal disturbo disforico premestruale nel fatto che per individui che hanno la sindrome premestruale non è richiesto un minimo di cinque sintomi, e non vi è la clausola di sintomi affettivi. Questa condizione può essere più comune rispetto al disturbo disforico premestruale, nonostante le stime di prevalenza della sindrome premestruale siano variabili. Mentre la sindrome premestruale condivide le caratteristiche della manifestazione dei sintomi durante la fase premestruale del ciclo mestruale, è generalmente considerata meno grave del disturbo disforico premestruale. La presenza di sintomi fisici e comportamentali nel periodo premestruale, senza i sintomi affettivi richiesti, soddisfa probabilmente i criteri per la sindrome premestruale e non per il disturbo disforico premestruale.

Dismenorrea. La dismenorrea è una sindrome in cui vi sono mestruazioni dolorose, ma è distinta da una sindrome caratterizzata da modificazioni affettive. Inoltre, i sintomi della dismenorrea hanno inizio con le mestruazioni, mentre i sintomi del disturbo disforico premestruale, per definizione, compaiono prima dell'inizio delle mestruazioni, anche se permangono fino ai primi giorni delle mestruazioni.

Disturbo bipolare, disturbo depressivo maggiore e disturbo depressivo persistente (distimia). Molte donne con disturbo bipolare o disturbo depressivo maggiore (sia verificatosi naturalmente sia indotto da sostanze/farmaci) oppure con disturbo depressivo persistente (distimia) pensano di avere un disturbo disforico premestruale. Tuttavia, quando tracciano i sintomi, esse realizzano che i sintomi non seguono un pattern premestruale. Le donne con un altro disturbo mentale possono avere sintomi cronici o sintomi intermittenti che non sono legati alla fase del ciclo mestruale. Tuttavia, dato che l'esordio delle mestruazioni costituisce un evento centrale della vita di una donna, queste possono riferire che i sintomi si manifestano solo durante il periodo premestruale oppure che i sintomi peggiorano durante tale periodo. Questo è uno dei presupposti della necessità di confermare i sintomi attraverso valutazioni prospettiche quotidiane. Il processo di diagnosi differenziale, in particolare se il clinico fa affidamento solamente sui sintomi retrospettivi, diviene più difficile a causa della sovrapposizione di sintomi del disturbo disforico premestruale e di alcune altre diagnosi. La sovrapposizione di sintomi è particolarmente importante per la differenziazione del disturbo disforico premestruale dagli episodi depressivi maggiori, dal disturbo depressivo persistente, dai disturbi bipolari e dal disturbo borderline di personalità. Tuttavia, il tasso di disturbi di personalità non è più alto in individui con disturbo disforico premestruale rispetto a coloro senza il disturbo.

Uso di trattamenti ormonali. Alcune donne che presentano sintomi premestruali da moderati a gravi possono assumere dei trattamenti ormonali, tra cui i contraccettivi ormonali. Se tali sintomi si presentano dopo l'inizio dell'uso di ormoni esogeni, i sintomi

possono essere dovuti all'uso di ormoni piuttosto che alla sottostante condizione di disturbo disforico premestruale. Se la donna sospende gli ormoni e i sintomi scompaiono, tale situazione è coerente con il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci.

Comorbilità

Gli individui che presentano il disturbo disforico premestruale riferiscono frequentemente di aver attraversato in precedenza un episodio depressivo maggiore. Un'ampia gamma di disturbi medici (per es., emicrania, asma, allergie, disturbi convulsivi) o di altri disturbi mentali (per es., disturbi depressivi o bipolari, disturbi d'ansia, bulimia nervosa, disturbi da uso di sostanze) possono peggiorare durante la fase premestruale; tuttavia, l'assenza di un periodo libero da sintomi durante l'intervallo postmestruale esclude una diagnosi di disturbo disforico premestruale. Tali condizioni sono meglio considerate come l'esacerbazione premestruale di un corrente disturbo medico o mentale. Nonostante la diagnosi di disturbo disforico premestruale non debba essere posta in situazioni in cui un individuo ha solamente l'esacerbazione di un altro disturbo mentale o fisico, essa può essere considerata in aggiunta alla diagnosi dell'altro disturbo mentale o fisico se l'individuo vive sintomi e cambiamenti nel grado di funzionamento che sono caratteristici del disturbo disforico premestruale e marcatamente differenti dai sintomi vissuti come parte del disturbo in corso.

Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci

Criteri diagnostici

A. Domina il quadro clinico un'alterazione dell'umore rilevante e persistente, caratterizzata da umore depresso o marcata diminuzione di interesse o piacere in tutte o quasi tutte le attività.

B. Vi è evidenza dall'anamnesi, dall'esame fisico o dai dati di laboratorio di entrambi 1) e 2):

1. I sintomi di cui al Criterio A si sono sviluppati durante o subito dopo intossicazione o astinenza da sostanza oppure dopo l'esposizione a un farmaco.
2. La sostanza/il farmaco coinvolta/o è in grado di produrre i sintomi di cui al Criterio A.

C. Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo depressivo non indotto da sostanze/farmaci. Tale evidenza di un disturbo depressivo indipendente può includere quanto segue:

I sintomi precedono l'inizio dell'uso della sostanza/del farmaco; i sintomi persistono per un sostanziale periodo di tempo (per es., 1 mese circa) dopo la fine dell'astinenza acuta o dell'intossicazione grave, oppure vi sono altre evidenze che suggeriscono l'esistenza di disturbo depressivo indipendente non indotto da sostanze/farmaci (per es., una storia di episodi ricorrenti non correlati a sostanze/farmaci).

D. Il disturbo non si presenta esclusivamente durante il corso di un delirium.

E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota: Questa diagnosi, anziché quella di intossicazione da sostanze o di astinenza da sostanze, dovrebbe essere posta solo quando i sintomi di cui al Criterio A dominano il quadro clinico e sono sufficientemente gravi da richiedere attenzione clinica.

Nota di codifica: I codici ICD-9-CM e ICD-10-CM per disturbi depressivi indotti da [specifica sostanza/farmaco] sono indicati nella tabella sottostante. Si noti che il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, in comorbilità un disturbo da uso di sostanze per la stessa classe di sostanze. Se vi è un disturbo da uso di sostanze lieve in comorbilità con il disturbo depressivo indotto da sostanze, il carattere in 4ª posizione è "1", e il clinico dovrebbe registrare "disturbo lieve da uso di [sostanza]" prima del disturbo depressivo indotto da sostanze (per es., "disturbo lieve da uso di cocaina con disturbo depressivo indotto da cocaina"). Se vi è un disturbo da uso di sostanze moderato o grave in comorbilità con il disturbo depressivo indotto da sostanze, il carattere in 4ª posizione è "2", e il clinico dovrebbe registrare "disturbo moderato da uso di [sostanza]" o "disturbo grave da uso di [sostanza]", in base alla gravità del disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Se non vi è un disturbo da uso di sostanze (per es., dopo l'uso pesante della sostanza una sola volta) in comorbilità, allora il carattere in 4ª posizione è "9", e il clinico dovrebbe registrare solo il disturbo depressivo indotto da sostanze.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Con disturbo da uso, lieve	Con disturbo da uso, moderato o grave	Senza disturbo da uso
Alcol	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Altro allucinogeno	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Inalante	292.84	F18.14	F18.24	F18.94
Oppioide	292.84	F11.14	F11.24	F11.94
Sedativo, ipnotico o ansiolitico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Amfetamina (o altro stimolante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaina	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Altra (o sconosciuta) sostanza	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Specificare se (si veda Tabella 1 nel capitolo "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction" per diagnosi associate alla classe di sostanze):

Con esordio durante l'intossicazione: Se risultano soddisfatti i criteri per l'intossicazione con la sostanza e i sintomi insorgono durante l'intossicazione.

Con esordio durante l'astinenza: Se risultano soddisfatti i criteri per l'astinenza dalla sostanza e i sintomi insorgono durante, o poco dopo, l'astinenza.

Procedure di registrazione

ICD-9-CM. La denominazione del disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., cocaina, desametasone) che si presume sia la causa dei sintomi depressivi. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che è basata sulle classi di droghe. Per sostanze che non rientrano in nessuna classe (per es., desametasone), dovrebbe essere usato il codice per "altra sostanza"; e nei casi in cui si ritiene che una sostanza sia un fattore eziologico ma la classe specifica della sostanza risulta sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

La denominazione del disturbo è seguita dalla specificazione dell'esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza). A differenza delle procedure di registrazione dell'ICD-10-CM, che combinano il disturbo indotto da sostanze e il disturbo da uso di sostanze, per l'ICD-9-CM viene assegnato un codice diagnostico separato al disturbo da uso di sostanze. Per esempio, nel caso di sintomi depressivi che si manifestano durante l'astinenza in un uomo con grave disturbo da uso di cocaina, la diagnosi è 292.84 disturbo depressivo indotto da cocaina, con esordio durante l'astinenza. Viene assegnata un'ulteriore diagnosi di 304.20 disturbo grave da uso di cocaina. Quando si ritiene che più di una sostanza giochi un ruolo significativo nello sviluppo dei sintomi depressivi, ciascuna dovrebbe essere elencata separatamente (per es., 292.84 disturbo depressivo indotto da metilfenidato, con esordio durante l'astinenza; 292.84 disturbo depressivo indotto da desametasone, con esordio durante l'intossicazione).

ICD-10-CM. La denominazione del disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., cocaina, desametasone) che si presume sia la causa dei sintomi depressivi. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che è basata sulle classi di droghe e sulla presenza o l'assenza della comorbilità con un disturbo da uso di sostanze. Per sostanze che non rientrano in nessuna classe (per es., desametasone), dovrebbe essere usato il codice per "altra sostanza"; e nei casi in cui si ritiene che una sostanza sia un fattore eziologico ma la classe specifica della sostanza risulta sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

Quando si registra la denominazione del disturbo, il concomitante disturbo da uso di sostanze (se presente) viene elencato per primo, seguito dalla parola "con", seguita dal nome del disturbo depressivo indotto da sostanze, seguito dalla specificazione dell'esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza). Per esempio, nel caso di sintomi depressivi che si manifestano durante l'astinenza in un uomo con grave disturbo da uso di cocaina, la diagnosi è F14.24 disturbo grave da uso di cocaina con disturbo depressivo indotto da cocaina, con esordio durante l'astinenza. Non viene assegnata una diagnosi separata per il grave disturbo da uso di cocaina in comorbilità. Se il disturbo depressivo indotto da sostanze si verifica senza un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., dopo l'utilizzo pesante della sostanza una sola volta), non viene annotato nessun disturbo da uso di sostanze concomitante (per es., F16.94 disturbo depressivo indotto da fenciclidina, con esordio durante l'intossicazione). Quando si ritiene che più di una sostanza giochi un ruolo significativo nello sviluppo dei sintomi depressivi dell'umore, ciascuna dovrebbe essere elencata separatamente (per es., F15.24 grave disturbo da uso di metilfenidato con disturbo depressivo indotto da metilfenidato, con esordio durante l'astinenza; F19.94 disturbo depressivo indotto da desametasone, con esordio durante l'intossicazione).

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche diagnostiche del disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci includono i sintomi di un disturbo depressivo, come il disturbo depressivo maggiore; tuttavia, i sintomi depressivi sono associati all'ingestione, iniezione o inalazione di una sostanza (per es., droga di abuso, tossina, farmaco psicotropo, altro farmaco), e i sintomi depressivi persistono oltre la durata prevista degli effetti fisiologici, dell'intossicazione o del periodo di astinenza. Come evidenziato dalla storia clinica, dall'esame fisico o dai dati di laboratorio, il disturbo depressivo in questione dovrebbe essersi sviluppato durante l'uso, o entro 1 mese dall'uso, di una sostanza in grado di produrre il disturbo depressivo (Criterio B1). Inoltre, la diagnosi non è meglio spiegata da un disturbo depressivo indipendente. L'evidenza di un disturbo depressivo indipendente include anche il fatto che il disturbo depressivo abbia preceduto la prima ingestione della sostanza o l'inizio dell'astinenza da essa; che il disturbo depressivo persista oltre un periodo sostanziale di tempo dopo la sospensione dell'uso della sostanza; oppure altre evidenze suggeriscono l'esistenza di un disturbo depressivo indipendente non indotto da sostanze/farmaci (Criterio C). Tale diagnosi non dovrebbe essere posta quando i sintomi si manifestano esclusivamente durante il decorso di un delirium (Criterio D). Il disturbo depressivo associato a uso, intossicazione o astinenza da sostanze deve causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti per qualificarsi per questa diagnosi (Criterio E).

Alcuni farmaci (per es., stimolanti, steroidi, L-Dopa, antibiotici, farmaci per il sistema nervoso centrale, prodotti dermatologici, farmaci chemioterapici, agenti immunologici) possono indurre disturbi di umore depresso. La valutazione clinica è fondamentale per determinare se il farmaco ha realmente provocato il disturbo depressivo o se il disturbo depressivo primario abbia avuto il suo esordio mentre l'individuo era sottoposto a un trattamento. Per esempio, un episodio depressivo che si sviluppa nelle prime settimane di inizio di un trattamento con alfa-metildopa (un agente antipertensivo) in un individuo senza una storia di disturbo depressivo maggiore fa propendere per la diagnosi di disturbo depressivo indotto da farmaci. In alcuni casi, può ripresentarsi una condizione precedentemente diagnosticata (per es., disturbo depressivo maggiore, ricorrente) mentre l'individuo sta assumendo un farmaco che ha la capacità di causare sintomi depressivi (per es., L-Dopa, contraccettivi orali). In tali casi, il clinico è tenuto a esprimere un giudizio sull'eventuale causalità del farmaco in questa particolare situazione.

Un disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci viene distinto da un disturbo depressivo primario prendendo in considerazione l'esordio, il decorso e altri fattori associati all'abuso della sostanza. Ci devono essere evidenze dall'anamnesi, dall'esame fisico o dai dati di laboratorio di uso, abuso, intossicazione o astinenza dalla sostanza precedenti all'esordio del disturbo depressivo. Lo stato di astinenza per alcune sostanze può essere relativamente protratto, e quindi i sintomi depressivi intensi possono durare per un lungo periodo dopo la sospensione dell'uso della sostanza.

Prevalenza

In un campione della popolazione statunitense adulta rappresentativa, la prevalenza lifetime del disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci è di 0,26%.

Sviluppo e decorso

Un disturbo depressivo associato a uso di sostanze (cioè alcol, droghe illecite, oppure un trattamento prescritto per un disturbo mentale o un'altra condizione medica) deve avere il suo esordio mentre l'individuo sta usando la sostanza o durante l'astinenza, se vi è una sindrome da astinenza associata alla sostanza. Più spesso, il disturbo depressivo ha il suo esordio entro le prime settimane o entro il primo mese di uso della sostanza. Una volta che la sostanza viene interrotta, i sintomi depressivi vanno solitamente incontro a remissione nel giro di qualche giorno o settimana, in base all'emivita della sostanza/del farmaco e alla presenza di una sindrome da astinenza. Se i sintomi persistono per più di 4 settimane oltre il periodo di astinenza previsto per una/un particolare sostanza/farmaco, si dovrebbero prendere in considerazione altre cause dei sintomi dell'umore depresso.

Nonostante vi siano pochi studi prospettici controllati che esaminano l'associazione di sintomi depressivi all'uso di un farmaco, la maggior parte dei report provengono da studi di sorveglianza post marketing, studi osservazionali retrospettivi o *case report*, che evidenziano la difficoltà nel determinare la causalità. Le sostanze implicate nel disturbo depressivo indotto da sostanze-farmaci, con gradi di evidenza variabili, includono agenti antivirali (efavirenz), farmaci cardiovascolari (clonidina, guanetidina, metildopa, reserpina), derivati dell'acido retinoico (isotretionina), antidepressivi, anticonvulsivanti, farmaci antiemicrania (triptani), antipsicotici, agenti ormonali (corticosteroidi, contraccettivi orali, agonisti dell'ormone di rilascio delle gonadotropine, tamoxifene), farmaci per la cessazione del fumo (vareniclina) e farmaci immunologici (interferone). Tuttavia, con la sintesi di nuovi composti stanno emergendo altre potenziali sostanze. Una storia di uso di tali sostanze può aiutare ad aumentare la certezza diagnostica.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I fattori che sembrano aumentare il rischio di disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci possono essere dovuti alla sostanza specifica oppure alle caratteristiche dei soggetti con un disturbo da uso di sostanze o di alcol. I fattori di rischio comuni a tutte le sostanze includono una storia di disturbo depressivo maggiore, una storia di depressione indotta da droghe e fattori psicosociali stressanti.

Fattori ambientali. Vi sono anche fattori di rischio connessi al tipo specifico di farmaco (per es., maggiore attivazione del sistema immunitario prima del trattamento per l'epatite C associata a depressione indotta da interferone alfa); alte dosi di corticosteroidi (maggiori di 80 mg/die di prednisone-equivalenti) o alte concentrazioni plasmatiche di efavirenz; e alto contenuto di estrogeni/progesterone nei contraccettivi orali.

Modificatori del decorso. In un campione rappresentativo della popolazione statunitense adulta, confrontata con individui con disturbo depressivo maggiore senza disturbo da uso di sostanze, gli individui con disturbo depressivo indotto da sostanze avevano più probabilità di essere maschi, di razza nera, di avere al massimo un diploma di scuola superiore, di non avere un'assicurazione sanitaria e di avere un reddito familiare più basso. Essi avevano anche più probabilità di riferire una maggiore storia familiare di disturbi da uso di sostanze e comportamenti antisociali, un maggior numero di eventi di vita stressanti negli ultimi 12 mesi e di soddisfare un maggior numero di criteri del disturbo depressivo maggiore del DSM-IV. Essi avevano più probabilità di riferire sentimenti di svalutazione, insonnia/ipersonnia e pensieri di morte e tentativi di suicidio, ma con minore probabilità di riferire umore depresso e morte dei genitori prima dei 18 anni di età.

Marker diagnostici

La determinazione della sostanza usata può a volte essere fatta attraverso test di laboratorio della sostanza sospettata nel sangue o nelle urine, al fine di corroborare la diagnosi.

Rischio di suicidio

La suicidalità, indotta da droghe o dovuta al trattamento, è indicata da un marcato cambiamento dei pensieri e del comportamento della persona, è di solito temporaneamente associata all'inizio dell'uso di una sostanza e deve essere distinta dal disturbo mentale primario sottostante.

Per quanto riguarda la suicidalità dovuta al trattamento associata agli antidepressivi, un comitato consultivo della Food and Drug Administration (FDA) statunitense ha considerato le metanalisi di 99.839 partecipanti coinvolti in 372 studi clinici randomizzati di antidepressivi in studi per disturbi mentali. Dall'analisi dei dati aggregati per tutte le fasce d'età, non è stato rilevato un aumentato rischio di comportamento suicidario o di ideazione suicidaria. Tuttavia, in analisi stratificate per età, il rischio per pazienti dai 18 ai 24 anni di età era elevato, anche se non in modo significativo (odds ratio [OR]= 1,55; intervallo di confidenza 95% = 0,91-2,70). Le metanalisi del FDA hanno rivelato un rischio assoluto di suicidio nei pazienti che assumono antidepressivi in fase di sperimentazione dello 0,01%. In conclusione, il suicidio come fenomeno dovuto al trattamento è estremamente raro, ma gli esiti di suicidio sono tali da aver spinto la FDA a emettere nel 2007 un *black-box warning* ampliato riguardante l'importanza di un attento monitoraggio dell'ideazione suicidaria dovuta al trattamento nei pazienti che ricevono antidepressivi.

Diagnosi differenziale

Intossicazione e astinenza da sostanze. Sintomi depressivi si manifestano comunemente nell'intossicazione o nell'astinenza da sostanze, e la diagnosi di intossicazione o astinenza specifica per la sostanza sarà solitamente sufficiente per codificare la manifestazione sintomatologica. Si dovrebbe porre diagnosi di disturbo depressivo indotto da sostanze anziché di intossicazione da sostanze o di astinenza da sostanze quando si ritiene che i sintomi di alterazione dell'umore sono sufficientemente gravi da richiedere attenzione clinica in modo indipendente. Per esempio, l'umore disforico è una manifestazione caratteristica dell'astinenza da cocaina. Si dovrebbe diagnosticare un disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci anziché astinenza da cocaina, se l'alterazione dell'umore è notevolmente più intensa o dura più a lungo di quanto accade solitamente nell'astinenza da cocaina ed è sufficientemente grave da richiedere attenzione e trattamento a parte.

Disturbo depressivo primario. Un disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci è distinto da un disturbo depressivo primario dal fatto che una sostanza viene ritenuta essere eziologicamente correlata ai sintomi, come descritto precedentemente (si veda la sezione "Sviluppo e decorso" per questo disturbo).

Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica. Poiché gli individui affetti da altre condizioni mediche spesso assumono farmaci per tali condizioni, il clinico deve considerare la possibilità che i sintomi di alterazione dell'umore siano causati dalle conseguenze fisiologiche della condizione medica piuttosto che dai farmaci, nel qual caso viene diagnosticato un disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica. L'anamnesi fornisce spesso la base primaria per tale giudizio. Talvolta, può essere necessaria una modifica del trattamento per l'altra condizione medica (per es., la sostituzione o la sospensione di un farmaco) per determinare empiricamente se il farmaco è l'agente causale. Se il clinico ha accertato che il disturbo è dovuto sia a una condizione medica sia all'uso di una sostanza o all'astinenza, possono essere poste entrambe le diagnosi (cioè disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica e disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci). Quando le prove sono insufficienti per determinare se i sintomi depressivi sono associati all'ingestione o all'astinenza da sostanze (tra cui un farmaco) oppure a un'altra condizione medica o sono un disturbo primario (cioè non in funzione né di una sostanza né di una condizione medica), si dovrebbe

indicare la diagnosi di disturbo depressivo con altra specificazione o di disturbo depressivo senza specificazione.

Comorbilità

In confronto a individui con disturbo depressivo maggiore senza disturbo da uso di sostanze in comorbilità, quelli con disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci hanno maggiori tassi di comorbilità con tutti gli altri disturbi mentali del DSM-IV; hanno maggiori possibilità di avere specifici disturbi del DSM-IV di gioco d'azzardo patologico, paranoide, istrionico e antisociale di personalità; e hanno minori probabilità di avere il disturbo depressivo persistente (distimia). In confronto a individui con disturbo depressivo maggiore e concomitante disturbo da uso di sostanze, gli individui con disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci hanno più probabilità di avere un disturbo da uso di alcol, un qualsiasi altro disturbo da uso di sostanze e un disturbo istrionico di personalità; tuttavia, hanno minore probabilità di avere un disturbo depressivo persistente.

Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica

Criteri diagnostici

A. Domina il quadro clinico un periodo rilevante e persistente di umore depresso o marcata diminuzione di interesse o piacere in tutte, o quasi tutte, le attività.

B. È evidente da anamnesi, esame fisico o dati di laboratorio che il disturbo è la conseguenza fisiopatologica diretta di un'altra condizione medica.

C. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale (per es., disturbo dell'adattamento, con umore depresso, in cui il fattore stressante è rappresentato da una grave condizione medica).

D. L'alterazione non si verifica esclusivamente durante il decorso di un delirium.

E. L'alterazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM per il disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica è **293.83**, che viene assegnato indipendentemente dallo specificatore. Il codice ICD-10-CM dipende dallo specificatore (si veda sotto).

Specificare se:

(F06.31) Con caratteristiche depressive: Non sono soddisfatti pienamente i criteri per l'episodio depressivo maggiore.

(F06.32) Con episodio simil-depressivo maggiore: Sono soddisfatti pienamente i criteri (eccetto il Criterio C) per l'episodio depressivo maggiore.

(F06.34) Con caratteristiche miste: Sono presenti i sintomi della mania o dell'ipomania ma non dominano il quadro clinico.

Nota di codifica: Includere il nome dell'altra condizione medica nella denominazione del disturbo mentale (per es., 293.83 [F06.31] disturbo depressivo dovuto a ipotiroidismo, con caratteristiche depressive). L'altra condizione medica dovrebbe essere codificata ed elencata separatamente immediatamente prima del disturbo depressivo dovuto alla condizione medica (per es., 244.9 [E03.9] ipotiroidismo; 293.83 [F06.31] disturbo depressivo dovuto a ipotiroidismo, con caratteristiche depressive).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica è un periodo rilevante e persistente di umore depresso o marcata diminuzione di interesse o piacere in tutte, o quasi tutte, le attività che domina il quadro clinico (Criterio A), che si ritiene dovuta a effetti fisiologici diretti di un'altra condizione medica (Criterio B). Nel determinare se il disturbo dell'umore è dovuto a una condizione medica generale, il clinico deve prima stabilire la presenza di una condizione medica generale. Inoltre, il clinico deve stabilire se il disturbo dell'umore è correlato eziologicamente alla condizione medica generale attraverso un meccanismo fisiologico. Per esprimere questo giudizio è necessaria una valutazione attenta e completa di molteplici fattori. Nonostante non esistano linee guida infallibili per determinare se vi sia una relazione eziologica tra il disturbo dell'umore e la condizione medica generale, molte considerazioni possono dare informazioni in quest'area. Una considerazione è la presenza di un'associazione temporale tra l'esordio, l'esacerbazione o la remissione della condizione medica generale e quella del disturbo dell'umore. Una seconda considerazione è la presenza di caratteristiche atipiche per i disturbi dell'umore primari (per es., età di esordio o decorso atipici oppure assenza di storia familiare). Le evidenze provenienti dalla letteratura che suggeriscono un'associazione diretta tra la condizione medica generale in questione e lo sviluppo di sintomi di alterazione dell'umore possono rappresentare un contesto proficuo per la valutazione di una particolare situazione.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'eziologia (cioè una relazione causale con un'altra condizione medica basata sulla migliore evidenza clinica) è la variabile chiave nel disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica. L'elenco delle condizioni mediche che possono indurre depressione maggiore non è mai completo, e il miglior giudizio del clinico è l'elemento essenziale per questa diagnosi.

Vi sono chiare associazioni, così come alcuni correlati neuroanatomici, tra depressione e ictus, malattia di Huntington, morbo di Parkinson e danno cerebrale da trauma. Tra le condizioni neuroendocrine, quelle strettamente associate alla depressione sono il morbo di Cushing e l'ipotiroidismo. Vi sono numerose altre condizioni associate alla depressione, come la sclerosi multipla. Tuttavia, il supporto della letteratura per un'associazione causale è maggiore per alcune condizioni, come il morbo di Parkinson e la malattia di Huntington, che per altre, per le quali la diagnosi differenziale può essere disturbo dell'adattamento, con umore depresso.

Sviluppo e decorso

A seguito di ictus, l'esordio della sintomatologia della depressione sembra essere molto acuto, verificandosi entro 1 giorno o pochi giorni dall'accidente cerebrovascolare (ACV) nella maggior parte dei casi. Tuttavia, in alcuni casi, l'esordio della depressione avviene settimane o mesi dopo l'ACV. Nella casistica più ampia, la durata dell'episodio depressivo maggiore a seguito di ictus era in media di 9-11 mesi. Analogamente, nella malattia di Huntington, lo stato depressivo si presenta abbastanza precocemente nel corso della malattia. Nel morbo di Parkinson e nella malattia di Huntington, lo stato depressivo spesso precede le compromissioni motorie e le compromissioni cognitive associate a ciascuna condizione. Questo è più evidente nel caso della malattia di Huntington, in cui la depressione è il primo sintomo neuropsichiatrico. Secondo alcune evidenze, la depressione è meno comune con il progredire della demenza della malattia di Huntington.

Fattori di rischio e prognosi

Il rischio di insorgenza acuta del disturbo depressivo maggiore a seguito di un ACV (entro 1 giorno o una settimana dall'evento) sembra essere fortemente correlato alla sede della lesione, con rischio maggiore associato agli ictus in sede frontale sinistra e rischio apparentemente minore associato a lesioni frontali destre negli individui che giungono all'osservazione entro qualche giorno dall'ictus. L'associazione con le regioni frontali e laterali non è osservata negli stati depressivi che si verificano nei 2-6 mesi successivi all'ictus.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le differenze di genere sono quelle della condizione medica (per es., il lupus eritematoso sistemico è più comune nelle femmine; l'ictus è più comune nei maschi di mezza età rispetto alle femmine).

Marker diagnostici

I marker diagnostici sono quelli associati alla condizione medica (per es., livelli di steroidi nel sangue o nelle urine per confermare la diagnosi di morbo di Cushing, che può essere associato a sindromi maniacali o depressive).

Rischio di suicidio

Non vi sono studi epidemiologici che forniscono prove per differenziare il rischio di suicidio in un episodio depressivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica dal rischio di suicidio in un episodio depressivo maggiore in generale. Vi sono *case report* di suicidi durante episodi depressivi maggiori dovuti a un'altra condizione medica. Vi è una chiara associazione tra gravi malattie mediche e suicidio, soprattutto subito dopo l'insorgenza o la diagnosi della malattia. Pertanto, è prudente supporre che il rischio di suicidio in caso di episodi depressivi maggiori associati a condizioni mediche non sia inferiore a quello di altre forme di episodi depressivi maggiori, e forse sia addirittura maggiore.

Conseguenze funzionali del disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica

Le conseguenze funzionali sono quelle associate alla condizione medica. In generale, si pensa, ma non è stato accertato, che un episodio depressivo maggiore indotto dal morbo di Cushing non si ripresenterà se il morbo di Cushing viene curato o fermato. Tuttavia, è stato anche suggerito, ma non accertato, che sindromi dell'umore, tra cui quelle depressive e maniacali/ipomaniacali, possono essere episodiche (cioè ricorrenti) in alcuni individui con lesioni cerebrali statiche e altre malattie del sistema nervoso centrale.

Diagnosi differenziale

Disturbi depressivi non dovuti a un'altra condizione medica. Valutare se una condizione medica concomitante con un disturbo depressivo sia la causa della depressione dipende a) dall'assenza di episodi depressivi prima dell'esordio della condizione medica, b) dalla probabilità che la condizione medica associata promuova o causi un disturbo depressivo e c) dall'evoluzione dei sintomi depressivi subito dopo l'esordio o dal peggioramento della condizione medica, soprattutto se i sintomi depressivi scompaiono quando la condizione medica viene efficacemente trattata oppure va incontro a remissione.

Disturbo depressivo indotto da farmaci. Un'importante precisazione è che alcune condizioni mediche sono trattate con farmaci (per es., steroidi o interferone alfa) che possono indurre sintomi depressivi o maniacali. In questi casi, il giudizio clinico, basato su tutte le evidenze disponibili, è il modo migliore per tentare di separare il più probabile e/o il più importante dei due fattori eziologici (cioè l'associazione con la condizione medica invece di una sindrome indotta da sostanze).

Disturbi dell'adattamento. È importante differenziare un disturbo depressivo da un disturbo dell'adattamento, dal momento che l'esordio della condizione medica è di per sé un evento di vita stressante che può portare sia a un disturbo dell'adattamento sia a un episodio depressivo maggiore. Gli elementi maggiormente differenzianti sono la pervasività del quadro depressivo e il numero e la qualità dei sintomi depressivi che il paziente riferisce o dimostra alla valutazione dello status mentale. La diagnosi differenziale della condizione medica associata è importante ma ampiamente al di là dello scopo di questo manuale.

Comorbilità

Le condizioni in comorbilità con il disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica sono quelle associate alle condizioni mediche di rilevanza eziologica. È stato osservato che il delirium può verificarsi prima dei, o insieme ai, sintomi depressivi in individui con una varietà di condizioni mediche, come il morbo di Cushing. L'associazione di sintomi d'ansia, solitamente sintomi generalizzati, è comune nei disturbi depressivi, indipendentemente dalla causa.

Disturbo depressivo con altra specificazione 311 (F32.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo depressivo, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi depressivi. La categoria disturbo depressivo con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo depressivo. Questo viene effettuato registrando "disturbo depressivo con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "episodio depressivo di breve durata").

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" comprendono i seguenti:

1. **Depressione breve ricorrente:** Concomitante presenza di umore depresso e di almeno altri quattro sintomi di depressione per 2-13 giorni almeno una volta al mese (non associati al ciclo mestruale) per almeno 12 mesi consecutivi in un individuo la cui manifestazione non ha mai soddisfatto i criteri per un qualsiasi disturbo depressivo o bipolare e attualmente non soddisfa i criteri attivi o residui per un qualsiasi disturbo psicotico.
2. **Episodio depressivo di breve durata (4-13 giorni):** Umore depresso e almeno quattro degli altri otto sintomi di un episodio depressivo maggiore associati a disagio clinicamente significativo o compromissione che persiste per più di 4 giorni, ma meno di 14 giorni, in un individuo la cui manifestazione non ha mai soddisfatto i criteri per un qualsiasi altro disturbo depressivo o bipolare, attualmente non soddisfa i criteri attivi o residui per un qualsiasi disturbo psicotico e non soddisfa i criteri per la depressione breve ricorrente.

3. **Episodio depressivo con sintomatologia insufficiente:** Umore depresso e almeno uno degli altri otto sintomi di un episodio depressivo associati a disagio clinicamente significativo o compromissione che persiste per almeno 2 settimane in un individuo la cui manifestazione non ha mai soddisfatto i criteri per un qualsiasi altro disturbo depressivo o bipolare, attualmente non soddisfa i criteri attivi o residui per un qualsiasi disturbo psicotico e non soddisfa i criteri per sintomi misti d'ansia e di disturbo depressivo.

Disturbo depressivo senza specificazione 311 (F32.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo depressivo, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi depressivi. La categoria disturbo depressivo senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo depressivo non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Specificatori per i disturbi depressivi

Specificare se:

Con ansia: L'ansia è definita come la presenza di almeno due dei seguenti sintomi nella maggior parte dei giorni di un episodio depressivo maggiore o di un disturbo depressivo persistente (distimia):

1. Sentirsi nervosi/e o tesi/e.
2. Sentirsi insolitamente inquieti/e.
3. Difficoltà di concentrazione a causa della preoccupazione.
4. Paura che possa accadere qualcosa di terribile.
5. Sentire che l'individuo può perdere il controllo di se stesso/a.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Due sintomi.

Moderata: Tre sintomi.

Moderata-grave: Quattro o cinque sintomi.

Grave: Quattro o cinque sintomi e con agitazione motoria.

Nota: L'ansia è stata osservata essere una caratteristica predominante sia del disturbo bipolare sia del disturbo depressivo maggiore sia in contesti di medicina generale sia in contesti specializzati di salute mentale. Alti livelli di ansia sono stati associati a più elevato rischio di suicidio, maggiore durata della malattia e maggiore probabilità di non risposta al trattamento. Di conseguenza, dal punto di vista clinico è utile specificare la presenza e i livelli di gravità dell'ansia per la pianificazione del trattamento e il monitoraggio della risposta al trattamento.

Con caratteristiche miste:

A. Almeno tre dei seguenti sintomi maniacali/ipomaniacali sono presenti quasi tutti i giorni nella maggior parte dei giorni di un episodio depressivo maggiore:

1. Umore elevato, espanso.
2. Autostima ipertrofica o grandiosità.
3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare.
4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
5. Aumento di energia o dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa o scolastica oppure sessuale).
6. Coinvolgimento aumentato o eccessivo in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati).
7. Diminuito bisogno di sonno (sentirsi riposati/e nonostante si sia dormito meno del solito; da differenziare rispetto all'insonnia).

B. I sintomi misti sono osservabili da altri e rappresentano un cambiamento del comportamento abituale dell'individuo.

C. Per individui i cui sintomi soddisfano pienamente i criteri o per la mania o per l'ipomania, la diagnosi dovrebbe essere di disturbo bipolare I o bipolare II.

D. I sintomi misti non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco o un altro trattamento).

Nota: Le caratteristiche miste associate a un episodio depressivo maggiore sono state descritte tra i fattori di rischio significativi per lo sviluppo del disturbo bipolare I o bipolare II. Di conseguenza, dal punto di vista clinico è utile notare la presenza di questo specificatore per la pianificazione del trattamento e il monitoraggio della risposta al trattamento.

Con caratteristiche melancoliche:

A. Uno dei seguenti sintomi è presente durante il periodo di maggior gravità dell'episodio attuale:

1. Perdita di piacere in tutte, o quasi tutte, le attività.
2. Perdita di reattività agli stimoli abitualmente piacevoli (non si sente meglio, neppure temporaneamente, quando accade qualcosa di buono).

B. Tre (o più) dei seguenti sintomi:

1. Una particolare qualità di umore depresso caratterizzato da profondo sconforto, disperazione e/o cupezza oppure dal cosiddetto "umore vuoto".
2. Depressione che è regolarmente peggiore al mattino.
3. Risveglio precoce al mattino (cioè almeno 2 ore prima del risveglio abituale).
4. Marcata agitazione psicomotoria o rallentamento psicomotorio.
5. Anoressia significativa o perdita di peso.
6. Sentimento di colpa eccessivo o inappropriato.

Nota: Lo specificatore "con caratteristiche melancoliche" viene applicato se queste caratteristiche sono presenti durante il periodo di maggior gravità dell'episodio. Vi è un'assenza quasi completa della capacità di provare piacere, non semplicemente una diminuzione. Una linea guida per valutare la mancanza di reattività dell'umore è che anche eventi altamente desiderati non sono associati a un marcato risollevamento dell'umore. L'umore non si risolleva affatto o si risolleva solo parzialmente (per es., fino al 20-40% del normale solo per pochi minuti alla volta). La "qualità particolare" di umore tipica dello specificatore "con caratteristiche melancoliche" è vissuta in modo qualitativamente differente da quella vissuta durante un episodio depressivo non melancolico. Un umore depresso descritto semplicemente come più grave, di durata maggiore del solito o presente senza una ragione non è considerato differente nella qualità. Modificazioni psicomotorie sono quasi sempre presenti e sono osservabili da altri.

Le caratteristiche melancoliche mostrano solo una modesta tendenza a ripetersi negli episodi nello stesso individuo. Sono più frequenti nei pazienti ricoverati, meno nei pazienti ambulatoriali; è più probabile che si presentino durante episodi depressivi maggiori lievi più che gravi; ed è più probabile che si presentino in individui con caratteristiche psicotiche.

Con caratteristiche atipiche: Questo specificatore può essere applicato quando queste caratteristiche predominano per la maggior parte dei giorni dell'attuale o del più recente episodio depressivo maggiore o del disturbo depressivo persistente.

A. Reattività dell'umore (cioè l'umore si risolleva in risposta a eventi positivi attuali o potenziali).

B. Due (o più) dei seguenti sintomi:

1. Significativo incremento ponderale o aumento dell'appetito.
2. Ipersonnia.
3. "Paralisi plumbea" (cioè sensazione di pesantezza o di avere le braccia o le gambe di piombo).
4. Un pattern duraturo di ipersensibilità al rifiuto interpersonale (non limitato agli episodi di alterazione dell'umore) che determina una significativa compromissione sociale o lavorativa.

C. Non risultano soddisfatti durante lo stesso episodio i criteri per "con caratteristiche melancoliche" o "con catatonia".

Nota: "Depressione atipica" ha un significato storico (cioè atipica in contrapposizione alle manifestazioni agitate più classiche, "endogene" della depressione che rappresentavano la norma quando la depressione era raramente diagnosticata in pazienti ambulatoriali e quasi mai negli adolescenti o nei giovani adulti) e oggi non connota più una manifestazione clinica non comune o insolita come potrebbe implicare il termine.

La reattività dell'umore è la capacità di rallegrarsi quando si presentano eventi positivi (per es., una visita da parte di bambini, complimenti da parte di altri). L'umore può diventare eutimico (non triste) anche per periodi di tempo prolungati se le circostanze esterne restano favorevoli. L'aumento di appetito può essere manifestato attraverso un evidente aumento di introito di cibo o un aumento di peso. L'ipersonnia può includere sia un periodo prolungato di sonno nelle ore notturne sia sonnellini diurni che totalizzano almeno 10 ore di sonno al giorno (o almeno 2 ore in più rispetto a quando l'individuo non è depresso). La paralisi plumbea è definita come il sentirsi pesanti, di piombo o sovraccaricati, di solito a livello delle gambe o delle braccia. Questa sensazione è generalmente presente per almeno un'ora al giorno ma spesso si protrae per molte ore per volta. Al contrario delle altre caratteristiche atipiche, l'ipersensibilità patologica al rifiuto interpersonale è un tratto che ha un esordio precoce e persiste per la maggior parte della vita adulta. La sensibilità al rifiuto si verifica sia quando la persona è depressa sia quando non lo è, anche se può essere esacerbata durante i periodi depressivi.

Con caratteristiche psicotiche: sono presenti deliri e/o allucinazioni.

Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore: Il contenuto di tutti i deliri e tutte le allucinazioni è coerente con le tipiche tematiche depressive di inadeguatezza personale, colpa, malattia, morte, nichilismo, o di meritare una punizione.

Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore: Il contenuto dei deliri o delle allucinazioni non coinvolge le tipiche tematiche depressive di inadeguatezza personale, colpa, malattia, morte, nichilismo, o di meritare una punizione, oppure il contenuto è costituito da un misto di tematiche congruenti e non congruenti all'umore.

Con catatonia: Lo specificatore della catatonia può essere applicato a un episodio di depressione se sono presenti caratteristiche catatoniche durante la maggior parte dell'episodio. Si vedano i criteri per la catatonia associati a un disturbo mentale (per una descrizione della catatonia, si veda il capitolo "Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici").

Con esordio nel peripartum: Lo specificatore può essere applicato all'episodio di depressione maggiore attuale oppure, se attualmente non sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio depressivo maggiore, al più recente se l'esordio dei sintomi dell'umore si verifica durante la gravidanza o nelle 4 settimane successive al parto.

Nota: Gli episodi dell'umore possono avere il loro esordio durante la gravidanza o il periodo postpartum. Nonostante le stime differiscano in base al periodo di follow-up dopo il parto, tra il 3 e il 6% delle donne vivrà l'esordio di un episodio depressivo maggiore durante la gravidanza oppure nelle settimane o mesi successivi al parto. Il cinquanta per cento degli episodi depressivi maggiori nel "postpartum" inizia prima del parto. Pertanto, questi episodi sono definiti collettivamente come episodi *peripartum*. Le donne con episodi depressivi maggiori peripartum spesso presentano anche grave ansia e attacchi di panico. Studi prospettici hanno dimostrato che i sintomi dell'umore e d'ansia durante la gravidanza, così come il "baby blues", aumentano il rischio per un episodio depressivo maggiore postpartum.

L'esordio nel peripartum degli episodi dell'umore può presentarsi sia con caratteristiche psicotiche sia senza. L'infanticidio è più spesso associato agli episodi psicotici postpartum caratterizzati da allucinazioni che ordinano di uccidere il neonato oppure da deliri di possessione demoniaca del neonato, ma si può verificare anche durante gravi episodi di alterazione dell'umore postpartum privi di deliri o allucinazioni.

Gli episodi di alterazione dell'umore (depressivo maggiore o maniacale) postpartum con caratteristiche psicotiche sembrano verificarsi in parti da 1 su 500 a 1 su 1000 e possono essere più comuni nelle donne primipare. Il rischio di episodi postpartum con caratteristiche psicotiche risulta particolarmente aumentato per donne con precedenti episodi di alterazione dell'umore postpartum, ma è elevato anche per le donne con una precedente storia di un disturbo depressivo o bipolare (soprattutto di disturbo bipolare I) e quelle con una storia familiare di disturbi bipolari.

Una volta presentato un episodio postpartum con caratteristiche psicotiche, il rischio di ricaduta per ogni successivo parto è tra 30 e 50%. Gli episodi postpartum devono essere differenziati dal delirium del postpartum, che si distingue per un livello fluttuante di coscienza o di attenzione. Il periodo postpartum è unico riguardo al grado di alterazioni neuroendocrine e adattamenti psicosociali, al potenziale impatto dell'allattamento al seno sulla pianificazione del trattamento e per le implicazioni a lungo termine di una storia di disturbo dell'umore postpartum sulla successiva pianificazione familiare.

Con andamento stagionale: Questo specificatore viene applicato al disturbo depressivo maggiore ricorrente.

A. Vi è stata una relazione temporale regolare tra l'esordio degli episodi depressivi maggiori nel disturbo depressivo maggiore e un particolare periodo dell'anno (per es., autunno o inverno).

Nota: Non includere i casi in cui è presente un effetto evidente di fattori psicosociali stressanti legati alle stagioni (per es., essere regolarmente disoccupati ogni inverno).

B. Anche le remissioni complete (o un viraggio dalla depressione maggiore alla mania o ipomania) si verificano in un caratteristico periodo dell'anno (per es., la depressione scompare in primavera).

C. Negli ultimi 2 anni, si sono verificati due episodi depressivi maggiori che hanno dimostrato la relazione temporale stagionale definita sopra e durante lo stesso periodo non si sono verificati episodi depressivi maggiori non stagionali.

D. Gli episodi depressivi maggiori stagionali (come descritto sopra) superano numericamente in modo sostanziale gli episodi depressivi maggiori non stagionali che possono essere verificati durante l'arco di vita dell'individuo.

Nota: Lo specificatore "con andamento stagionale" può essere applicato al pattern di episodi depressivi maggiori nel disturbo depressivo maggiore, ricorrente. La caratteristica essenziale è l'esordio e la remissione degli episodi depressivi maggiori in periodi dell'anno caratteristici. Nella maggior parte dei casi, gli episodi cominciano in autunno o in inverno e vanno in remissione in primavera. Questo pattern di esordio e remissione degli episodi deve essersi verificato durante un periodo di almeno 2 anni, senza il verificarsi di episodi non stagionali durante lo stesso periodo. Inoltre, gli episodi depressivi stagionali devono superare numericamente in modo sostanziale gli episodi depressivi non stagionali che possono essersi verificati durante l'arco di vita dell'individuo.

Questo specificatore non viene applicato a quelle situazioni in cui il pattern è meglio spiegato da fattori psicosociali stressanti collegati a determinati periodi dell'anno (per es., disoccupazione stagionale o programma scolastico). Gli episodi depressivi maggiori che si verificano con un andamento stagionale sono spesso caratterizzati da energia preminente, ipersonnia, eccesso di cibo, aumento di peso e forte desiderio di carboidrati. Non è chiaro se un andamento stagionale sia più probabile nel disturbo depressivo maggiore ricorrente o nei disturbi bipolari. Tuttavia, all'interno del gruppo dei disturbi bipolari, un andamento stagionale sembra essere più probabile nel disturbo bipolare II che nel disturbo bipolare I. In alcuni individui, l'esordio di episodi maniacali o ipomaniacali può anche essere collegato con una particolare stagione.

La prevalenza dell'andamento stagionale di tipo invernale sembra variare in base alla latitudine, all'età e al genere. La prevalenza aumenta a latitudini maggiori. Anche l'età è un forte predittore di stagionalità, e persone più giovani hanno un rischio maggiore per episodi depressivi invernali.

Specificare se:

In remissione parziale: Sono presenti i sintomi dell'episodio depressivo maggiore immediatamente precedente, ma i criteri non sono pienamente soddisfatti, oppure vi è un periodo dalla durata inferiore a 2 mesi senza sintomi significativi di un episodio depressivo maggiore che segue la fine di tale episodio.

In remissione completa: Durante gli ultimi 2 mesi, non è stato presente alcun segno significativo o sintomo del disturbo.

Specificare la gravità attuale:

La gravità si basa sul numero dei sintomi dei criteri, sulla gravità di tali sintomi e sul grado di disabilità funzionale.

Lieve: Sono presenti pochi sintomi, o nessuno, in eccesso rispetto a quelli richiesti per porre la diagnosi, l'intensità dei sintomi è angosciante ma gestibile e i sintomi comportano minore compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.

Moderata: Il numero dei sintomi, l'intensità dei sintomi e/o la compromissione funzionale sono tra "lieve" e "grave".

Grave: Il numero di sintomi è in eccesso rispetto a quelli richiesti per porre la diagnosi, l'intensità dei sintomi è seriamente preoccupante e non gestibile, e i sintomi interferiscono in modo marcato con il funzionamento sociale e lavorativo.

Disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia comprendono quei disturbi che condividono caratteristiche di paura e ansia eccessive e i disturbi comportamentali correlati. La *paura* è la risposta emotiva a una minaccia imminente, reale o percepita, mentre l'*ansia* è l'anticipazione di una minaccia futura. Naturalmente, questi due stati si sovrappongono, ma sono anche differenti: la paura è più spesso associata a picchi di attivazione autonomica necessaria alla lotta o alla fuga, a pensieri di pericolo immediato e a comportamenti di fuga, mentre l'ansia è più frequentemente associata alla tensione muscolare e alla vigilanza in preparazione al pericolo futuro e a comportamenti prudenti o di evitamento. A volte il livello di paura o ansia è ridotto da comportamenti pervasivi di evitamento. Gli *attacchi di panico* giocano un ruolo importante all'interno dei disturbi d'ansia come un particolare tipo di risposta alla paura. Gli attacchi di panico non sono limitati ai disturbi d'ansia, ma possono essere presenti anche in altri disturbi mentali.

I disturbi d'ansia sono differenti l'uno dall'altro per la tipologia di oggetti o di situazioni che provocano paura, ansia oppure comportamenti di evitamento, e per l'ideazione cognitiva associata. Di conseguenza, mentre i disturbi d'ansia tendono a essere altamente in comorbilità tra di loro, possono essere differenziati attraverso un attento esame delle tipologie di situazioni temute o evitate e del contenuto dei pensieri e delle credenze a esse associati.

I disturbi d'ansia differiscono dalla normale paura o ansia evolutive perché sono eccessivi o persistenti rispetto allo stadio di sviluppo. Essi differiscono dalla paura o dall'ansia transitorie, spesso indotte da stress, perché sono persistenti (per es., durano tipicamente 6 mesi o più), benché il criterio per la durata sia inteso unicamente come una guida generale e sia ammesso un certo grado di flessibilità; a volte è di durata minore nei bambini (come nel disturbo d'ansia di separazione e nel mutismo selettivo). Dal momento che gli individui con disturbi d'ansia sopravvalutano tipicamente il pericolo nelle situazioni che temono o evitano, la valutazione primaria per stabilire se la paura o l'ansia siano eccessive o sproporzionate è fatta dal clinico, tenendo conto di fattori culturali contestuali. Molti disturbi d'ansia si sviluppano in età infantile e tendono a persistere se non vengono curati. La maggior parte si verifica più frequentemente nelle femmine rispetto ai maschi (in un rapporto di circa 2:1). Ogni disturbo d'ansia è diagnosticato solo quando i sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza/farmaco o a un'altra condizione medica, oppure non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale.

Il capitolo è strutturato evolutivamente, con i disturbi in sequenza secondo l'età tipica all'esordio. L'individuo con disturbo d'ansia di separazione è spaventato o ansioso riguardo alla separazione dalle figure di attaccamento a un livello di gravità inappropriato rispet-

to allo stadio di sviluppo. Sono presenti paura o ansia persistenti relative agli incidenti che possono capitare alle figure di attaccamento e agli eventi che possono portare alla perdita delle, o alla separazione dalle, figure di attaccamento, e riluttanza ad allontanarsi dalle figure di attaccamento, come pure incubi e sintomi fisici di disagio. Nonostante i sintomi si sviluppino spesso durante l'età infantile, possono essere espressi anche in età adulta.

Il mutismo selettivo è caratterizzato da una costante incapacità di parlare in situazioni sociali in cui ci si aspetta che si parli (per es., a scuola), anche se l'individuo è in grado di parlare in altre situazioni. L'incapacità di parlare ha conseguenze significative sul rendimento in contesti educativi o lavorativi o interferisce altrimenti con la normale comunicazione sociale.

Individui con fobia specifica sono spaventati o ansiosi riguardo a oggetti e situazioni circoscritti, oppure evitano oggetti e situazioni circoscritti. Un'ideazione cognitiva specifica non è presente in questo disturbo, come avviene in altri disturbi d'ansia. La paura, l'ansia o l'evitamento sono quasi sempre indotti immediatamente dalla situazione fobica, a un livello tale da essere persistente e sproporzionato rispetto al reale rischio che essa rappresenta. Vi sono vari tipi di fobie specifiche: animali; ambienti naturali; sangue-iniezioni-ferite; situazionali; e altre situazioni.

Nel disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) l'individuo ha paura o è ansioso, oppure evita le interazioni sociali e le situazioni che coinvolgono la possibilità di essere esaminato. Queste includono le interazioni sociali in cui si incontrano persone non conosciute, situazioni in cui l'individuo può essere osservato mentre mangia o beve, e situazioni in cui l'individuo si esibisce di fronte ad altri. L'ideazione cognitiva è di essere valutato negativamente dagli altri, essere imbarazzato, umiliato o rifiutato, oppure offendere gli altri.

Nel disturbo di panico l'individuo sperimenta ricorrenti attacchi di panico inaspettati ed è costantemente preoccupato o spaventato di avere ulteriori attacchi di panico, oppure modifica il proprio comportamento in modo disadattivo a causa degli attacchi di panico (per es., evitamento dell'esercizio fisico oppure di luoghi sconosciuti). Gli attacchi di panico sono rappresentati da comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiungono il picco in pochi minuti, accompagnati da sintomi fisici e/o cognitivi. Gli attacchi di panico paucisintomatici comprendono meno di quattro sintomi. Gli attacchi di panico possono essere *attesi*, cioè come risposta a un oggetto o a una situazione tipicamente temuti, oppure *inaspettati*, cioè gli attacchi di panico si verificano senza una ragione evidente. Gli attacchi di panico funzionano come marker e fattore prognostico tra una serie di disturbi per la gravità della diagnosi, il decorso e la comorbilità, tra cui, ma non solo, disturbi d'ansia (per es., disturbo da uso di sostanze, disturbo depressivo e disturbo psicotico). L'attacco di panico può quindi essere usato come uno specificatore descrittivo per un qualsiasi disturbo d'ansia, come pure per altri disturbi mentali.

Gli individui con agorafobia sono spaventati e ansiosi riguardo a due o più delle seguenti situazioni: utilizzare trasporti pubblici; trovarsi in spazi aperti; stare in spazi ristretti; fare la fila o essere in mezzo alla folla; oppure essere fuori casa da soli in altre situazioni. L'individuo teme queste situazioni a causa di pensieri legati al fatto che potrebbe essere difficile fuggire o che potrebbe rivelarsi impossibile ricevere soccorso nel caso in cui si sviluppino sintomi simili al panico o altri sintomi invalidanti o imbarazzanti. Queste situazioni inducono quasi sempre paura o ansia e sono spesso evitate, e richiedono la presenza di un accompagnatore.

Le caratteristiche chiave del disturbo d'ansia generalizzata sono ansia e preoccupazione persistenti ed eccessive riguardanti diversi ambiti, tra cui il rendimento lavorativo e scolastico, che l'individuo ha difficoltà a controllare. Inoltre, l'individuo sperimenta sintomi fisici, tra cui irrequietezza o sensazioni di agitazione o tensione; facile affaticamento; difficoltà di concentrazione o vuoti di memoria; irritabilità; tensione muscolare; e disturbi del sonno.

Il disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci implica ansia dovuta a intossicazione o astinenza da sostanze, oppure a un trattamento farmacologico. Nel disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica la sintomatologia ansiosa è la conseguenza fisiologica di un'altra condizione medica.

Sono disponibili scale specifiche per disturbo al fine di caratterizzare meglio la gravità di ciascun disturbo d'ansia e rilevare cambiamenti della gravità nel tempo. Per facilitarne l'uso, soprattutto nel caso di individui che presentano più di un disturbo d'ansia, queste scale sono state costruite tutte nello stesso formato (ma con obiettivi differenti) per i diversi disturbi d'ansia, con valutazione dei sintomi comportamentali, dei sintomi di ideazione cognitiva e dei sintomi fisici pertinenti a ogni disturbo.

Disturbo d'ansia di separazione 309.21 (F93.0)

Criteri diagnostici

A. Paura o ansia eccessiva e inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo che riguarda la separazione da coloro a cui l'individuo è attaccato, come evidenziato da tre (o più) dei seguenti criteri:

1. Ricorrente ed eccessivo disagio quando si prevede o si sperimenta la separazione da casa o dalle principali figure di attaccamento.
2. Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo alla perdita delle figure di attaccamento, o alla possibilità che accada loro qualcosa di dannoso, come malattie, ferite, catastrofi o morte.
3. Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo al fatto che un evento imprevisto comporti separazione dalla principale figura di attaccamento (per es., perdersi, essere rapito/a, avere un incidente, ammalarsi).
4. Persistente riluttanza o rifiuto di uscire di casa per andare a scuola, al lavoro o altrove per paura della separazione.
5. Persistente ed eccessiva paura di, o riluttanza a, stare da soli o senza le principali figure di attaccamento a casa o in altri ambienti.
6. Persistente riluttanza o rifiuto di dormire fuori casa o di andare a dormire senza avere vicino una delle principali figure di attaccamento.
7. Ripetuti incubi che implicano il tema della separazione.
8. Ripetute lamentele di sintomi fisici (per es., mal di testa, dolori di stomaco, nausea, vomito) quando si verifica o si prevede la separazione dalle principali figure di attaccamento.

B. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti, con una durata di almeno 4 settimane nei bambini e adolescenti, e tipicamente 6 mesi o più negli adulti.

C. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, come il rifiuto di uscire di casa a causa di un'eccessiva resistenza al cambiamento nel disturbo dello spettro dell'autismo; deliri e allucinazioni riguardanti la separazione nei disturbi psicotici; il rifiuto di uscire in assenza di un accompagnatore fidato nell'agorafobia; preoccupazioni riguardanti la malattia o altri danni che possono capitare a persone significative nel disturbo d'ansia generalizzata; oppure preoccupazioni relative all'avere una malattia nel disturbo da ansia di malattia.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo d'ansia di separazione è una paura o ansia eccessiva riguardante la separazione da casa o dalle figure di attaccamento. L'ansia va al di là di quella che ci si può aspettare in base allo stadio di sviluppo dell'individuo (Criterio A). Gli individui con disturbo d'ansia di separazione presentano sintomi che soddisfano almeno tre dei seguenti criteri: provano ricorrente ed eccessivo disagio quando si prevede o si verifica una separazione da casa o dalle principali figure di attaccamento (Criterio A1). Mostrano preoccupazioni relative al benessere o alla morte delle figure di attaccamento, soprattutto quando si separano da loro, hanno bisogno di sapere dove si trovano e vogliono stare in contatto con loro (Criterio A2). Si preoccupano anche di eventi imprevisti per se stessi, come perdersi, essere rapiti oppure avere un incidente, che impedirebbero per sempre di ritrovare la principale figura di attaccamento (Criterio A3). Gli individui con disturbo d'ansia di separazione si rifiutano o sono riluttanti all'idea di uscire da soli per paura della separazione (Criterio A4). Essi hanno persistente ed eccessiva paura di, o riluttanza a, stare da soli o senza le principali figure di attaccamento a casa o in altri ambienti. I bambini con disturbo d'ansia di separazione possono non essere in grado di stare o andare in camera da soli e possono mostrare un comportamento "appiccicoso", stando vicini e facendo "da ombra" a un genitore in giro per casa o chiedendo che qualcuno stia con loro quando si recano in un'altra stanza (Criterio A5). Essi hanno persistente riluttanza o rifiuto di andare a dormire senza avere vicino una delle principali figure di attaccamento o di dormire fuori casa (Criterio A6). I bambini con questo disturbo spesso hanno difficoltà all'ora di andare a letto e possono insistere perché qualcuno stia con loro finché non si addormentano. Durante la notte, essi possono farsi strada fino al letto dei genitori (o a quello di un'altra persona significativa, come un fratello). Possono essere riluttanti all'idea di andare in campeggio o di dormire a casa di amici o di andare a fare commissioni o possono rifiutarsi di farlo. Gli adulti sono spesso a disagio quando viaggiano da soli (per es., dormire in una stanza d'albergo). Possono esservi ripetuti incubi il cui contenuto esprime l'ansia di separazione dell'individuo (per es., la distruzione della famiglia in un incendio, un omicidio o un'altra catastrofe) (Criterio A7). I sintomi fisici, come dolori di stomaco, mal di testa, nausea e vomito, sono comuni nei bambini quando si verifica o si prevede la separazione dalle principali figure di attaccamento (Criterio A8). Sintomi cardiovascolari come palpitazioni, vertigini e sensazioni di svenimento sono rari nei bambini più piccoli, ma possono insorgere in adolescenti e adulti.

Il disturbo deve durare almeno 4 settimane nei bambini e negli adolescenti minori di 18 anni, ed è tipicamente di 6 mesi o più negli adulti (Criterio B). Tuttavia, il criterio di durata per gli adulti dovrebbe essere utilizzato unicamente come guida generale e dovrebbe essere ammesso un certo grado di flessibilità. Il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Quando vengono separati da casa o dalle principali figure di attaccamento, i bambini con disturbo d'ansia di separazione possono mostrare ritiro sociale, apatia, tristezza o difficoltà a concentrarsi nel lavoro o nel gioco. A seconda dell'età, gli individui possono aver paura degli animali, dei mostri, del buio, dei rapinatori, dei ladri, dei rapitori, degli incidenti automobilistici, dei viaggi aerei e di altre situazioni che sono percepite come pericolose per la famiglia o per se stessi. Alcuni individui hanno nostalgia di casa e diventano irrequieti al punto da essere infelici quando sono lontani da casa. Nei bambini, il disturbo d'ansia di separazione può portare al rifiuto della scuola, che a sua volta può portare a difficoltà scolastiche e a isolamento sociale. Quando sono estremamente turbati alla prospettiva della separazione, i bambini possono mostrare rabbia o occasionalmente aggressività verso coloro che costringono alla separazione. Quando sono soli, specie di sera o di notte, i bambini piccoli possono riferire esperienze percettive insolite (per es., vedere persone che fanno capolino nella loro stanza, creature spaventose che cercano di toccarli, o avere la sensazione di occhi che li guardano). I bambini con questo disturbo possono essere descritti come esigenti, intrusivi e bisognosi di attenzione costante, e da adulti possono mostrarsi dipendenti e iperprotettivi. Le richieste eccessive di questi individui spesso divengono una fonte di frustrazione per i membri della famiglia e portano a risentimento e conflittualità familiare.

Prevalenza

La prevalenza a 12 mesi del disturbo d'ansia di separazione tra gli adulti negli Stati Uniti è dello 0,9-1,9%. Nei bambini, la prevalenza da 6 a 12 mesi è stimata in circa il 4%. Negli adolescenti negli Stati Uniti, la prevalenza a 12 mesi è dell'1,6%. La prevalenza del disturbo d'ansia di separazione diminuisce dall'infanzia attraverso l'adolescenza e l'età adulta ed è il disturbo d'ansia più diffuso nei bambini con meno di 12 anni. In campioni clinici di bambini, il disturbo è distribuito equamente tra maschi e femmine. Nella popolazione, il disturbo è più frequente nelle femmine.

Sviluppo e decorso

Periodi di aumentata ansia di separazione dalle figure di attaccamento sono parte del normale sviluppo e possono indicare la creazione di relazioni di attaccamento sicure (per es., intorno a 1 anno di età, quando i bambini possono mostrare ansia nei confronti degli estranei). L'esordio del disturbo d'ansia di separazione può verificarsi anche in età prescolare, in qualsiasi momento durante l'infanzia e, più raramente, in adolescenza. Vi sono tipicamente periodi di peggioramento e di remissione. In alcuni casi, sia l'ansia riguardo a una possibile separazione sia l'evitamento di situazioni che implicano separazione da casa o dal nucleo familiare (per es., andare all'università in un'altra città, trasferirsi lontano dalle figure di attaccamento) possono persistere in età adulta. Tuttavia, la maggior parte dei bambini con disturbo d'ansia di separazione non sviluppa disturbi d'ansia nel corso della vita. Molti adulti con disturbo d'ansia di separazione non ricordano un esordio in età infantile del disturbo, benché possano ricordare i sintomi.

Le manifestazioni del disturbo d'ansia di separazione variano con l'età. I bambini piccoli sono più riluttanti ad andare a scuola, o possono evitarla del tutto. Possono non esprimere paure specifiche di minacce precise ai genitori, alla casa o a se stessi, e l'ansia è manifestata solo quando viene vissuta la separazione. Nel corso del tempo emergono preoccupazioni che spesso riguardano pericoli specifici (per es., incidenti, rapimenti, aggressioni, morte) o vaghe preoccupazioni di non essere riuniti con le figure di attaccamento. Negli adulti, il disturbo d'ansia di separazione può limitare la loro capacità di affrontare cambiamenti nelle circostanze di vita (per es., traslocare, sposarsi). Gli adulti con questo disturbo sono tipicamente preoccupatissimi per i coniugi e i figli e provano notevole malessere quando sono separati da loro. Essi possono avere anche problemi nelle esperienze lavorative e sociali a causa del bisogno di controllare continuamente dove si trovano le persone significative.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Il disturbo d'ansia di separazione si sviluppa spesso dopo un evento stressante (per es., la morte di un parente o di un animale domestico; una malattia dell'individuo o di un parente; un cambio di scuola; un trasloco in un'altra zona; immigrazione; una catastrofe che ha portato con sé periodi di separazione dalle figure di attaccamento). Nei giovani adulti, altri esempi di eventi stressanti comprendono lasciare la casa dei genitori, intraprendere una relazione romantica e diventare genitori. L'iperprotezione e l'intrusività dei genitori possono essere associate al disturbo d'ansia di separazione.

Fattori genetici e fisiologici. Il disturbo d'ansia di separazione nei bambini può essere ereditabile. L'ereditabilità è stata stimata al 73 % in un campione di popolazione di gemelli di 6 anni, con tassi più alti nelle bambine. Bambini con disturbo d'ansia di separazione mostrano in particolare un'aumentata sensibilità alla stimolazione respiratoria con aria arricchita di CO_2.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Esistono variazioni culturali nel grado in cui è ritenuto opportuno tollerare la separazione, per cui in alcune culture le richieste e le opportunità di separazione tra genitori e figli vengono evitate. Per esempio, vi è un'ampia variabilità tra paesi e culture riguardo all'età prevista in cui i figli dovrebbero lasciare la casa dei genitori. È importante differenziare il disturbo d'ansia di separazione dall'alto valore che alcune culture attribuiscono alla forte interdipendenza tra familiari.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le bambine manifestano maggiore riluttanza, o evitamento, a frequentare la scuola rispetto ai bambini. Un'espressione indiretta della paura della separazione può essere più comune nei maschi rispetto alle femmine, per esempio attraverso una limitata attività indipendente, riluttanza a stare da soli lontano da casa, oppure disagio quando il coniuge o i figli fanno cose in autonomia oppure quando non risulta possibile contattare il coniuge o i figli.

Rischio di suicidio

Il disturbo d'ansia di separazione nei bambini può essere associato ad aumentato rischio di suicidio. In un campione di popolazione, la presenza di disturbi dell'umore, disturbi d'ansia oppure uso di sostanze sono stati associati a ideazione suicidaria e tentativi di suicidio. Tuttavia, questa associazione non è specifica per il disturbo d'ansia di separazione ed è stata osservata in diversi disturbi d'ansia.

Conseguenze funzionali del disturbo d'ansia di separazione

Individui con disturbo d'ansia di separazione limitano spesso le attività indipendenti lontano da casa o dalle figure di attaccamento (per es., nei bambini, evitamento della scuola, non andare in campeggio, avere difficoltà a dormire da soli; negli adolescenti, non allontanarsi per andare all'università; negli adulti, non lasciare la casa dei genitori, non viaggiare, non lavorare fuori casa).

Diagnosi differenziale

Disturbo d'ansia generalizzata. Il disturbo d'ansia di separazione si distingue dal disturbo d'ansia generalizzata per il fatto che l'ansia riguarda in modo prevalente la separazione dalle figure di attaccamento, e se si manifestano altre preoccupazioni, esse non predominano nel quadro clinico.

Disturbo di panico. Le minacce di separazione possono portare ad ansia estrema e anche a un attacco di panico. Diversamente dal disturbo di panico, tuttavia, nel disturbo d'ansia di separazione l'ansia riguarda la possibilità di essere lontano dalle figure di attaccamento e la preoccupazione relativa a eventi imprevisti che possono colpire le figure di attaccamento, piuttosto che l'essere paralizzati da un attacco di panico inaspettato.

Agorafobia. A differenza degli individui con agorafobia, quelli con disturbo d'ansia di separazione non sono ansiosi all'idea di essere intrappolati o impotenti in situazioni in cui la fuga è percepita come problematica in caso che si sviluppino sintomi simili al panico o altri sintomi invalidanti.

Disturbo della condotta. L'evitamento della scuola (assenze ingiustificate) è comune nel disturbo della condotta, ma l'ansia di separazione non è responsabile delle assenze, e il bambino o l'adolescente di solito sta lontano da casa anziché tornarvi.

Disturbo d'ansia sociale. Il rifiuto della scuola può essere dovuto a disturbo d'ansia sociale (fobia sociale). In tali casi, l'evitamento della scuola è dovuto alla paura di essere valutati negativamente dagli altri piuttosto che da preoccupazioni riguardanti l'essere separato dalle figure di attaccamento.

Disturbo da stress post-traumatico (DSPT). La paura della separazione dalle persone care è comune dopo eventi traumatici come una catastrofe, soprattutto quando contestualmente sono stati vissuti periodi di separazione dalle persone care. Nel DSPT, i sintomi centrali riguardano intrusioni, ed evitamento, di ricordi associati all'evento traumatico, mentre nel disturbo d'ansia di separazione le preoccupazioni e l'evitamento riguardano il benessere delle figure di attaccamento e la separazione da esse.

Disturbo da ansia di malattia. Individui con disturbo da ansia di malattia si preoccupano riguardo a specifiche malattie che possono avere, ma la preoccupazione maggiore riguarda la diagnosi medica stessa, e non l'essere separati dalle figure di attaccamento.

Lutto. Intenso desiderio o nostalgia per il defunto, intensa tristezza e dolore emotivo, e preoccupazione per il defunto o per le circostanze della morte sono risposte attese che si verificano nel lutto, mentre la paura della separazione da altre figure di attaccamento è centrale nel disturbo d'ansia di separazione.

Disturbo depressivo e disturbo bipolare. Questi disturbi possono essere associati alla riluttanza a uscire di casa, ma la preoccupazione principale non è l'ansia o la paura relativa a eventi imprevisti che possono accadere alle figure di attaccamento, quanto piuttosto una scarsa motivazione e interesse verso il mondo esterno. Tuttavia, gli individui con disturbo d'ansia di separazione possono diventare depressi mentre sono separati o quando prevedono la separazione.

Disturbo oppositivo provocatorio. I bambini e gli adolescenti con disturbo d'ansia di separazione possono essere oppositivi quando vengono costretti a separarsi dalle figure di attaccamento. Il disturbo oppositivo provocatorio dovrebbe essere preso in considerazione solo quando è presente un comportamento oppositivo persistente non collegato al prevedere la, o al verificarsi della, separazione dalle figure di attaccamento.

Disturbi psicotici. A differenza delle allucinazioni nei disturbi psicotici, le esperienze percettive insolite che possono presentarsi nel disturbo d'ansia di separazione sono di solito basate sulla dispercezione di uno stimolo reale, si manifestano solo in certe situazioni (per es., di notte) e sono annullate dalla presenza di una figura di attaccamento.

Disturbi di personalità. Il disturbo dipendente di personalità è caratterizzato da una tendenza indiscriminata a dipendere dagli altri, mentre il disturbo d'ansia di separazione implica preoccupazione relativa alla prossimità e alla sicurezza delle principali figure di attaccamento. Il disturbo borderline di personalità è caratterizzato dal timore dell'abbandono da parte delle persone care, ma in questo disturbo sono centrali anche problemi legati all'identità, all'autonomia, al funzionamento interpersonale e all'impulsività, laddove tali difficoltà non sono centrali nel disturbo d'ansia di separazione.

Comorbilità

Nei bambini, il disturbo d'ansia di separazione è altamente in comorbilità con il disturbo d'ansia generalizzata e la fobia specifica. Negli adulti, le comorbilità più comuni includono la fobia specifica, il DSPT, il disturbo di panico, il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo d'ansia sociale, l'agorafobia, il disturbo ossessivo-compulsivo e i disturbi di personalità. Anche il disturbo depressivo e il disturbo bipolare sono in comorbilità con il disturbo d'ansia di separazione negli adulti.

Mutismo selettivo 313.23 (F94.0)

Criteri diagnostici

A. Costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (per es., a scuola), nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni.

B. La condizione interferisce con i risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale.

C. La durata della condizione è di almeno 1 mese (non limitato al primo mese di scuola).

D. L'incapacità di parlare non è dovuta al fatto che non si conosce, o non si è a proprio agio con, il tipo di linguaggio richiesto dalla situazione sociale.

E. La condizione non è meglio spiegata da un disturbo della comunicazione (per es., disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia) e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbi dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici.

Caratteristiche diagnostiche

Quando incontrano altri individui durante le interazioni sociali, i bambini con mutismo selettivo non danno inizio a un discorso oppure non rispondono quando altri parlano a loro. La mancanza del linguaggio si verifica nelle interazioni sociali con bambini o adulti. Bambini con mutismo selettivo parlano in casa loro in presenza di familiari stretti, ma spesso capita che non parlino nemmeno davanti ad amici stretti o a parenti di secondo grado, come nonni o cugini. Il disturbo è spesso contrassegnato da un'elevata ansia sociale. I bambini con mutismo selettivo rifiutano spesso di parlare a scuola, il che porta a compromissione educativa o scolastica, dato che gli insegnanti spesso hanno difficoltà a valutare attività come la lettura. La mancanza di parola può interferire con la comunicazione sociale, benché i bambini con questo disturbo utilizzino talvolta per comunicare strumenti non verbali o che non richiedono il linguaggio (per es., emettono suoni inarticolati, indicano, scrivono) e possono essere disposti o desiderosi di partecipare o impegnarsi in incontri sociali quando non è richiesto il linguaggio (per es., ruoli non verbali nelle recite scolastiche).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Le manifestazioni associate al mutismo selettivo possono includere eccessiva timidezza, paura di imbarazzo sociale, isolamento sociale e ritiro, clinging, tratti compulsivi, negativismo, accessi di collera o comportamenti lievemente oppositivi. Sebbene i bambini con questo disturbo abbiano generalmente normali abilità linguistiche, occasionalmente può esservi un associato disturbo della comunicazione, nonostante non siano state identificate particolari associazioni con uno specifico disturbo della comunicazione. Quando sono presenti questi disturbi, è presente anche l'ansia. In ambienti clinici i bambini con mutismo selettivo quasi sempre ricevono la diagnosi aggiuntiva di un disturbo d'ansia, in particolare disturbo d'ansia sociale (fobia sociale).

Prevalenza

Il mutismo selettivo è un disturbo relativamente raro e non è stato incluso come categoria diagnostica negli studi epidemiologici di prevalenza dei disturbi dell'età evolutiva. Utilizzando vari campioni clinici o scolastici, il punto di prevalenza varia, in base al contesto e all'età degli individui del campione (per es., popolazione clinica *vs* popolazione scolastica *vs* popolazione generale), dallo 0,03 all'1%. La prevalenza del disturbo non sembra subire variazioni legate al sesso oppure alla razza/etnia. Il disturbo si manifesta con più frequenza nei bambini che in adolescenti e adulti.

Sviluppo e decorso

L'esordio del mutismo selettivo avviene di solito prima dei 5 anni di età, ma il disturbo può non giungere all'attenzione clinica fino all'inizio della scuola, dove si ha un aumento dell'interazione sociale e dei compiti prestazionali, come leggere ad alta voce. Il grado di persistenza del disturbo è variabile. Anche se i resoconti clinici suggeriscono che molti individui "sono troppo grandi" per il mutismo selettivo, il decorso longitudinale del disturbo è sconosciuto. In alcuni casi, soprattutto negli individui con disturbo d'ansia sociale, il mutismo selettivo può scomparire, ma permangono i sintomi del disturbo d'ansia sociale.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I fattori di rischio temperamentali per il mutismo selettivo non sono chiaramente identificati. L'affettività negativa (nevroticismo) oppure l'inibizione comportamentale può giocare un ruolo, così come una storia genitoriale di timidezza, isolamento sociale e ansia sociale. I bambini con mutismo selettivo possono avere impercettibili difficoltà di linguaggio rispetto ai coetanei, benché il linguaggio ricettivo si collochi all'interno della gamma di normalità.

Fattori ambientali. L'inibizione sociale dei genitori può fungere da modello per la reticenza sociale e il mutismo selettivo nei bambini. Inoltre, i genitori di bambini con mutismo selettivo sono stati descritti come iperprotettivi oppure più controllanti rispetto a genitori di bambini con altri disturbi d'ansia o senza disturbi.

Fattori genetici e fisiologici. A causa della significativa sovrapposizione tra mutismo selettivo e disturbo d'ansia sociale, è possibile che vi siano fattori genetici in comune nelle due condizioni.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

I bambini di famiglie immigrate in paesi dove si parla un'altra lingua possono rifiutare di parlare la nuova lingua per mancanza di conoscenza della lingua stessa. Se la comprensione della nuova lingua è adeguata, ma il rifiuto di parlare persiste, può essere giustificata una diagnosi di mutismo selettivo.

Conseguenze funzionali del mutismo selettivo

Il mutismo selettivo può portare a compromissione sociale, dato che i bambini possono essere troppo ansiosi per impegnarsi nell'interazione sociale con altri bambini. Nel corso della crescita, i bambini con mutismo selettivo possono andare incontro a un crescente isolamento sociale. Nei contesti scolastici, questi bambini possono manifestare compromissione educativa, perché spesso non parlano agli insegnanti delle loro necessità scolastiche o personali (per es., non capire un compito in classe, non chiedere di andare in bagno). È comune una grave compromissione del funzionamento scolastico e sociale, tra cui quella derivante dall'essere presi in giro dai coetanei. In alcuni casi, il mutismo selettivo può fungere da strategia compensatoria finalizzata alla riduzione dell'attivazione ansiosa negli incontri sociali.

Diagnosi differenziale

Disturbi della comunicazione. Il mutismo selettivo dovrebbe essere distinto dalle anomalie del linguaggio che sono meglio spiegate da un disturbo della comunicazione, come disturbo del linguaggio, disturbo fonetico-fonologico (in precedenza, disturbo della fonazione), disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie), oppure disturbo della comunicazione sociale (pragmatica). A differenza del mutismo selettivo, in queste condizioni l'alterazione del linguaggio non è ristretta a una situazione sociale specifica.

Disturbi del neurosviluppo, schizofrenia e altri disturbi psicotici. Gli individui con un disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia o un altro disturbo psicotico, oppure grave disabilità intellettiva, possono avere problemi di comunicazione sociale ed essere incapaci di parlare adeguatamente in situazioni sociali. Al contrario, il mutismo selettivo dovrebbe essere diagnosticato solo in un bambino che ha acquisito la capacità di parlare in alcune situazioni sociali (per es., tipicamente a casa).

Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale). L'ansia sociale e l'evitamento sociale della fobia sociale possono essere associati al mutismo selettivo. In tali casi, possono essere poste entrambe le diagnosi.

Comorbilità

Le condizioni in comorbilità più comuni sono gli altri disturbi d'ansia, in primo luogo il disturbo d'ansia sociale, seguito dal disturbo d'ansia di separazione e dalla fobia specifica. Nei bambini con mutismo selettivo sono stati osservati comportamenti oppositivi, benché tali comportamenti possano essere limitati alle situazioni in cui è richiesto parlare. In alcuni bambini con mutismo selettivo possono anche manifestarsi ritardi o disturbi della comunicazione.

Fobia specifica

Criteri diagnostici

A. Paura o ansia marcate verso un oggetto o situazione specifici (per es., volare, altezze, animali, ricevere un'iniezione, vedere il sangue).

Nota: Nei bambini, la paura o l'ansia possono essere espresse da pianto, scoppi di collera, immobilizzazione (*freezing*) o aggrappamento (*clinging*).

B. La situazione o l'oggetto fobici provocano quasi sempre immediata paura o ansia.

C. La situazione o l'oggetto fobici vengono attivamente evitati, oppure sopportati con paura o ansia intense.

D. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo rappresentato dall'oggetto o dalla situazione specifici e al contesto socioculturale.

E. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente per 6 mesi o più.

F. La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

G. Il disturbo non è meglio spiegato dai sintomi di un altro disturbo mentale, tra cui la paura, l'ansia e l'evitamento di situazioni associate a sintomi simili al panico o ad altri sintomi invalidanti (come nell'agorafobia); oggetti o situazioni legate a ossessioni (come nel disturbo ossessivo-compulsivo); ricordi di eventi traumatici (come nel disturbo da stress post-traumatico); separazione da casa o dalle figure di attaccamento (come nel disturbo d'ansia di separazione); o situazioni sociali (come nel disturbo d'ansia sociale).

Specificare se:

Codice basato sullo stimolo fobico:

300.29 (F40.218) Animale (per es., ragni, insetti, cani).

300.29 (F40.228) Ambiente naturale (per es., altezze, temporali, acqua).

300.29 (F40.23x) Sangue-iniezioni-ferite (per es., aghi, procedure mediche invasive).

Nota di codifica: Selezionare il codice ICD-10-CM specifico come segue: **F.40.230** paura del sangue; **F40.231** paura delle iniezioni e delle trasfusioni; **F40.232** paura di altre cure mediche; o **F40.233** paura delle ferite.

300.29 (F40.248) Situazionale (per es., aeroplani, ascensori, luoghi chiusi).

300.29 (F40.298) Altro (per es., paura di situazioni che possono portare a soffocare o vomitare; nei bambini, paura dei rumori forti o dei personaggi in maschera).

Nota di codifica: Quando è presente più di uno stimolo fobico, codificare tutti i codici ICD-10-CM da applicare (per es., per la paura dei serpenti e di volare, F40.218 fobia specifica, animale, e F40.248 fobia specifica, situazionale).

Specificatori

È comune per gli individui avere fobie specifiche multiple. L'individuo medio con fobia specifica teme tre oggetti o situazioni, e circa il 75% degli individui con fobia specifica teme più di una situazione o oggetto. In tali casi, vi è la necessità di porre diagnosi di fobia specifica multipla, ognuna con un proprio codice diagnostico che riflette lo stimolo fobico. Per esempio, se un individuo ha paura dei temporali e di volare, allora dovrebbero essere poste due diagnosi: fobia specifica, ambiente naturale, e fobia specifica, situazionale.

Caratteristiche diagnostiche

Una caratteristica chiave di questo disturbo è che la paura o l'ansia sono circoscritte alla presenza di una situazione o di un oggetto particolari (Criterio A), che possono essere definiti lo *stimolo fobico*. Le categorie delle situazioni o degli oggetti temuti sono fornite come specificatori. Molti individui temono oggetti o situazioni appartenenti a più di una categoria, o stimolo fobico. Per la diagnosi di fobia specifica, la reazione deve essere diversa dalle paure normali e transitorie che si verificano frequentemente nella popolazione. Per soddisfare i criteri per una diagnosi, la paura o l'ansia devono essere intense o gravi (cioè "marcate") (Criterio A). La quantità di paura vissuta può variare in base alla prossimità all'oggetto o alla situazione temuti e può manifestarsi in anticipo o in presenza effettiva dell'oggetto o della situazione. Inoltre, la paura o l'ansia possono prendere la forma di un attacco di panico con tutti o solo alcuni dei sintomi (cioè attacco di panico atteso). Un'altra caratteristica delle fobie specifiche è che la paura o l'ansia sono evocate quasi ogni volta che l'individuo viene in contatto con lo stimolo fobico (Criterio B). Perciò, un individuo che diventa ansioso solo occasionalmente quando viene esposto alla situazione o all'oggetto (per es., diventa ansioso quando vola solo una volta su cinque) non verrebbe diagnosticato con una fobia specifica. Tuttavia, il grado di paura o ansia manifestate davanti all'oggetto o alla situazione fobici può variare (da ansia anticipatoria a un attacco di panico vero e proprio) a causa di numerosi fattori contestuali, quali la presenza di altri, la durata dell'esposizione e altri elementi minacciosi, come la turbolenza su un volo per individui che hanno paura di volare. La paura e l'ansia sono spesso espresse in modo differente da bambini e adulti. Inoltre, la paura o l'ansia si manifestano non appena vengono incontrati l'oggetto o la situazione fobici (cioè immediatamente piuttosto che in differita).

L'individuo evita attivamente la situazione, oppure se non è in grado di evitarla o decide di non evitarla, la situazione o l'oggetto fobici evocano paura o ansia intense (Criterio C). *Evitamento attivo* significa che l'individuo si comporta intenzionalmente in modo da prevenire o ridurre al minimo il contatto con gli oggetti o le situazioni fobici (per es., percorre tunnel piuttosto che ponti durante gli spostamenti quotidiani per andare al lavoro a causa della paura delle altezze; evita di entrare in una stanza buia per paura dei ragni; evita di accettare un lavoro in un ambiente in cui lo stimolo fobico è più comune). I comportamenti evitanti sono spesso evidenti (per es., un individuo che ha paura del sangue il quale si rifiuta di andare dal medico), ma a volte possono essere meno evidenti (per es., un individuo che ha paura dei serpenti il quale si rifiuta di guardare immagini che assomigliano alla forma o alla figura dei serpenti). Molti individui con fobie specifiche hanno sofferto per anni e hanno modificato le loro abitudini di vita in modo da evitare il più possibile l'oggetto o la situazione fobici (per es., un individuo con diagnosi di fobia specifica, animali, che trasloca in una zona priva del particolare animale temuto). Perciò, essi non vivono più la paura o l'ansia nella vita quotidiana. In tali casi, i comportamenti evitanti oppure il continuo rifiuto di impegnarsi in attività che comporterebbero l'esposizione all'oggetto o alla situazione fobici (per es., ripetuto rifiuto di accettare offerte di viaggi di lavoro a causa della paura di volare) possono contribuire a confermare la diagnosi in assenza di palesi manifestazioni di ansia o panico.

La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo rappresentato dall'oggetto o dalla situazione, oppure più intense del necessario (Criterio D). Anche se gli individui con fobia specifica spesso riconoscono che le proprie reazioni sono eccessive, tendono a sovrastimare il pericolo nelle situazioni temute, e quindi spetta al clinico stabilire se sono sproporzionate o meno. Dovrebbe essere preso in considerazione anche il contesto socioculturale dell'individuo. Per esempio, la paura del buio può essere ragionevole in un contesto di continua violenza, e la paura degli insetti può essere più sproporzionata in contesti in cui gli insetti fanno parte della dieta. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente per 6 mesi o più (Criterio E), cosa che aiuta a distinguere il disturbo da paure transitorie comuni nella popolazione, soprattutto tra i bambini. Tuttavia, il criterio della durata dovrebbe essere utilizzato unicamente come guida generale e dovrebbe essere ammesso un certo grado di flessibilità. La fobia specifica deve causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio F).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con fobia specifica vivono tipicamente un aumento dell'attivazione fisiologica in previsione di, o durante l'esposizione a, un oggetto o una situazione fobici. Tuttavia, la risposta fisiologica alla situazione o all'oggetto temuti è variabile. Mentre gli individui con fobie specifiche situazionali, di ambiente naturale e di animali hanno più probabilità di manifestare un'attivazione del sistema nervoso simpatico, gli individui con fobia specifica sangue-iniezioni-ferite spesso presentano una risposta lipotimica vasovagale che è caratterizzata da una breve accelerazione iniziale della frequenza cardiaca con aumento della pressione sanguigna, seguita da una decelerazione del battito cardiaco e da una caduta della pressione sanguigna. Gli attuali modelli dei circuiti neuronali per la fobia specifica sottolineano il ruolo dell'amigdala e delle strutture correlate, analogamente a quanto avviene in altri disturbi d'ansia.

Prevalenza

Negli Stati Uniti, la prevalenza a 12 mesi stimata per la fobia specifica è di circa il 7-9%. I tassi di prevalenza nei paesi europei sono in gran parte simili a quelli negli Stati Uniti (per es., intorno al 6%), ma sono generalmente minori nei paesi asiatici, africani e latinoamericani (2-4%). I tassi di prevalenza sono di circa il 5% nei bambini e di circa il 16% negli adolescenti dai 13 ai 17 anni. I tassi di prevalenza sono minori negli individui più anziani (intorno al 3-5%), cosa che forse riflette la diminuzione della gravità a livelli subclinici. Le femmine sono più frequentemente colpite rispetto ai maschi, con un rapporto di circa 2:1, anche se i tassi variano a seconda dei differenti stimoli fobici. In altre parole, fobie specifiche relative ad animali, ambiente naturale e situazionali sono vissute prevalentemente da parte delle femmine, mentre la fobia sangue-iniezioni-ferite è vissuta quasi in egual modo da entrambi i generi.

Sviluppo e decorso

A volte la fobia specifica si sviluppa in seguito a un evento traumatico (per es., essere attaccati da un animale o rimanere bloccati in un ascensore), all'osservazione di un evento traumatico occorso ad altri (per es., vedere affogare qualcuno), a un attacco di panico inaspettato verificatosi in quella che sarà la situazione temuta (per es., un attacco di panico inaspettato in metropolitana), oppure alla trasmissione di informazioni (per es., l'ampia copertura mediatica di un disastro aereo). Tuttavia, molti individui con fobia specifica non sono in grado di ricordare la ragione specifica dell'esordio delle loro fobie. La fobia specifica si sviluppa di solito nella prima infanzia, nella maggior parte dei casi prima dei 10 anni. L'età media di insorgenza è tra i 7 e gli 11 anni, con una media intorno ai 10 anni. Le fobie specifiche situazionali tendono ad avere un'età

di esordio tardiva rispetto alle fobie specifiche per l'ambiente naturale, gli animali o il sangue-iniezioni-ferite. Le fobie specifiche che si sviluppano nell'infanzia e nell'adolescenza in genere presentano alti e bassi durante quel periodo. Tuttavia, le fobie che persistono fino all'età adulta hanno scarsa probabilità di andare incontro a remissione.

Quando si diagnostica la fobia specifica nei bambini, andrebbero considerati due aspetti. Primo, i bambini piccoli possono esprimere la paura e l'ansia con pianto, scoppi di collera, immobilizzazione o aggrappamento. Secondo, i bambini piccoli non sono tipicamente in grado di comprendere il concetto di evitamento. Di conseguenza, il clinico dovrebbe raccogliere ulteriori informazioni presso i genitori, gli insegnanti o altri che conoscono bene il bambino. Paure eccessive sono molto comuni nei bambini piccoli, ma in genere sono transitorie e causano compromissione moderata, perciò sono considerate appropriate rispetto allo stadio di sviluppo. In tali casi, non viene posta una diagnosi di fobia specifica. Quando viene presa in considerazione la diagnosi di fobia specifica in un bambino, è importante valutare il grado di compromissione e la durata della paura, dell'ansia o dell'evitamento, e se ciò sia tipico o meno del particolare stadio di sviluppo del bambino.

Nonostante la prevalenza della fobia specifica sia minore nella popolazione più anziana, essa rimane uno dei disturbi più comunemente vissuti in età avanzata. Quando si diagnostica la fobia specifica nelle popolazioni più anziane, bisognerebbe prendere in considerazione diversi aspetti. In primo luogo, gli individui anziani possono avere più probabilità di presentare fobie specifiche relative all'ambiente naturale, così come le fobie di cadere. In secondo luogo, negli individui più anziani la fobia specifica (come tutti i disturbi d'ansia) tende a manifestarsi in concomitanza con preoccupazioni mediche, tra cui la patologia coronarica e la broncopneumopatia cronica ostruttiva. In terzo luogo, è più probabile che gli individui anziani attribuiscano i sintomi dell'ansia a condizioni mediche. In quarto luogo, gli individui più anziani possono avere più probabilità di manifestare l'ansia in maniera atipica (per es., con sintomi sia dell'ansia sia della depressione) e quindi avere più probabilità di giustificare una diagnosi di disturbo d'ansia senza specificazione. Inoltre, la presenza della fobia specifica negli adulti più anziani è associata a una diminuzione della qualità della vita e può costituire un fattore di rischio per un disturbo neurocognitivo maggiore.

Benché la maggior parte delle fobie specifiche si sviluppi nell'infanzia e nell'adolescenza, è possibile che una fobia specifica si sviluppi a qualsiasi età, spesso come risultato di esperienze traumatiche. Per esempio, le fobie di soffocamento seguono quasi sempre un evento di quasi soffocamento a qualsiasi età.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Fattori di rischio per la fobia specifica, come l'affettività negativa (nevroticismo) o l'inibizione comportamentale, sono anche fattori di rischio per altri disturbi d'ansia.

Fattori ambientali. Fattori di rischio ambientali per le fobie specifiche, come l'iperprotettività genitoriale, la perdita di un genitore o la separazione, e abuso fisico e sessuale, tendono a predire anche altri disturbi d'ansia. Come osservato in precedenza, incontri negativi o traumatici con l'oggetto o la situazione temuti precedono talvolta (anche se non sempre) lo sviluppo della fobia specifica.

Fattori genetici e fisiologici. Può esservi una suscettibilità genetica per una certa categoria di fobia specifica (per es., un individuo con un parente di primo grado con una fobia specifica per gli animali ha significativamente più probabilità di avere la stessa fobia specifica rispetto a qualsiasi altra categoria di fobia). Gli individui con la fobia per sangue-iniezioni-ferite mostrano una propensione unica per la sincope vasovagale (svenimento) in presenza dello stimolo fobico.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Negli Stati Uniti, gli asiatici e i latini riportano tassi significativamente inferiori di fobia specifica rispetto ai bianchi non latini, agli afroamericani e agli indiani d'America. Oltre a minori tassi di prevalenza della fobia specifica, alcuni paesi al di fuori degli Stati Uniti, in particolare quelli asiatici e africani, mostrano differenze nei contenuti fobici, nell'età di esordio e nella distribuzione per genere.

Rischio di suicidio

Gli individui con fobia specifica hanno più del 60% di probabilità di tentare il suicidio rispetto a individui senza tale diagnosi. Tuttavia, è possibile che tassi così elevati siano dovuti primariamente alla comorbilità con disturbi di personalità e altri disturbi d'ansia.

Conseguenze funzionali della fobia specifica

Gli individui con fobia specifica mostrano pattern di compromissione del funzionamento psicosociale e una diminuita qualità della vita analoghi a quelli di individui con altri disturbi d'ansia e disturbi da uso di alcol e sostanze, tra cui compromissioni del funzionamento lavorativo e interpersonale. Negli adulti più anziani, le compromissioni possono essere osservate nei doveri di accudimento e nelle attività volontarie. Inoltre, negli adulti più anziani la paura di cadere può portare a ridotta mobilità e ridotto funzionamento fisico e sociale, e a ricevere sostegno domiciliare formale o informale. Il disagio e la compromissione causati dalle fobie specifiche tendono ad aumentare con il numero degli oggetti o delle situazioni temuti. Di conseguenza, un individuo che teme quattro oggetti o situazioni ha più probabilità di avere una maggiore compromissione nei propri ruoli lavorativi e sociali e una minore qualità della vita rispetto a un individuo che teme un solo oggetto o situazione. Gli individui con fobia specifica per sangue-iniezioni-ferite sono spesso riluttanti a chiedere assistenza medica anche quando è presente una patologia medica. Inoltre, la paura di vomitare e di soffocare può ridurre sostanzialmente l'introito alimentare.

Diagnosi differenziale

Agorafobia. La fobia specifica situazionale può assomigliare all'agorafobia nella sua presentazione clinica, data la sovrapposizione delle situazioni temute (per es., volare, spazi chiusi, ascensori). Se un individuo teme solo una delle situazioni agorafobiche, allora può essere diagnosticata la fobia specifica, situazionale. Se sono temute due o più delle situazioni agorafobiche, è più probabile che sia giustificata una diagnosi di agorafobia. Per esempio, un individuo che ha paura degli aerei e degli ascensori (sovrapponibile alla situazione agorafobica di "trasporti pubblici") ma non ha paura di altre situazioni agorafobiche, verrebbe diagnosticato con una fobia specifica, situazionale, mentre un individuo che ha paura degli aerei, degli ascensori e della folla (sovrapponibile a due situazioni agorafobiche, "usare i trasporti pubblici" e "stare in fila e/o essere in mezzo alla folla"), sarebbe diagnosticato con un'agorafobia. Il Criterio B dell'agorafobia (le situazioni sono temute o evitate "a causa di pensieri legati al fatto che

potrebbe essere difficile fuggire oppure che potrebbe non essere disponibile soccorso nell'eventualità che si sviluppino sintomi simili al panico o altri sintomi invalidanti o imbarazzanti") può essere utile anche per distinguere l'agorafobia dalla fobia specifica. Se le situazioni sono temute per altre ragioni, come la paura di essere danneggiato direttamente dall'oggetto o dalla situazione (per es., paura di un disastro aereo, paura del morso di un animale), può essere più appropriata una diagnosi di fobia specifica.

Disturbo d'ansia sociale. Se le situazioni sono temute per via di una valutazione negativa, dovrebbe essere diagnosticato il disturbo d'ansia sociale al posto della fobia specifica.

Disturbo d'ansia di separazione. Se le situazioni sono temute a causa della separazione dal caregiver o dalla figura di attaccamento primari, dovrebbe essere diagnosticato il disturbo d'ansia di separazione al posto della fobia specifica.

Disturbo di panico. Gli individui con fobia specifica possono sperimentare attacchi di panico quando si trovano davanti alla situazione o all'oggetto temuti. Andrebbe posta una diagnosi di fobia specifica se gli attacchi di panico si verificano solamente in risposta all'oggetto o alla situazione specifici, mentre andrebbe posta una diagnosi di disturbo di panico se l'individuo sperimenta anche attacchi di panico inaspettati (cioè non in risposta all'oggetto o alla situazione della fobia specifica).

Disturbo ossessivo-compulsivo. Se la paura o l'ansia primaria di un individuo sono relative a un oggetto o a una situazione come risultato di ossessioni (per es., paura del sangue dovuta a un pensiero ossessivo di contaminazione di patogeni dalla trasmissione ematica [cioè HIV]; paura di guidare dovuta a immagini ossessive di procurare lesioni ad altri), e se sono soddisfatti altri criteri per il disturbo ossessivo-compulsivo, allora dovrebbe essere diagnosticato un disturbo ossessivo-compulsivo.

Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti. Se la fobia si sviluppa in seguito a un evento traumatico, si dovrebbe considerare come diagnosi il disturbo da stress post-traumatico (DSPT). Tuttavia, eventi traumatici possono precedere l'insorgenza di un DSPT e della fobia specifica. In questo caso, una diagnosi di fobia specifica sarebbe posta solo se non sono soddisfatti tutti i criteri del DSPT.

Disturbi dell'alimentazione. Una diagnosi di fobia specifica non viene posta se il comportamento evitante è limitato esclusivamente al cibo e ad aspetti legati al cibo; in tal caso dovrebbe essere considerata una diagnosi di anoressia nervosa o bulimia nervosa.

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici. Quando la paura e l'evitamento sono dovuti al pensiero delirante (come nella schizofrenia o in altri disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici), una diagnosi di fobia specifica non è giustificata.

Comorbilità

La fobia specifica si osserva di rado nei contesti medico-clinici in assenza di altri disturbi psicopatologici ed è osservata più frequentemente in contesti di salute mentale non medici. La fobia specifica è spesso associata a una varietà di altri disturbi, soprattutto la depressione negli adulti più anziani. A causa dell'esordio precoce, la fobia specifica è tipicamente il primo disturbo a comparire. Gli individui con fobia specifica presentano un aumentato rischio di sviluppare altri disturbi, tra cui altri disturbi d'ansia, disturbo depressivo e disturbo bipolare, disturbi correlati a sostanze, disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati e disturbi di personalità (in particolare il disturbo dipendente di personalità).

Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) 300.23 (F40.10)

Criteri diagnostici

A. Paura o ansia marcate relative a una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile esame degli altri. Gli esempi comprendono interazioni sociali (per es., avere una conversazione, incontrare persone sconosciute), essere osservati (per es., mentre si mangia o si beve) ed eseguire una prestazione di fronte ad altri (per es., fare un discorso).

Nota: Nei bambini, l'ansia deve manifestarsi in contesti in cui vi sono coetanei e non solo nell'interazione con gli adulti.

B. L'individuo teme che agirà in modo tale o manifesterà sintomi di ansia che saranno valutati negativamente (cioè saranno umilianti o imbarazzanti; porteranno al rifiuto o risulteranno offensivi per altri).

C. Le situazioni sociali temute provocano quasi invariabilmente paura o ansia.

Nota: Nei bambini, la paura o l'ansia possono essere espresse piangendo, con scoppi di collera, con immobilizzazione (*freezing*), aggrappamento (*clinging*), ritiro (*shrinking*), oppure non riuscendo a parlare durante le interazioni sociali.

D. Le situazioni sociali temute sono evitate oppure sopportate con paura o ansia intense.

E. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto alla reale minaccia posta dalla situazione sociale e al contesto socioculturale.

F. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente 6 mesi o più.

G. La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

H. La paura, l'ansia o l'evitamento non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

I. La paura, l'ansia o l'evitamento non sono meglio spiegati dai sintomi di un altro disturbo mentale, come disturbo di panico, disturbo di dismorfismo corporeo o disturbo dello spettro dell'autismo.

J. Se è presente un'altra condizione medica (per es., malattia di Parkinson, obesità, deturpazione da ustione o ferita), la paura, l'ansia o l'evitamento sono chiaramente non correlati oppure eccessivi.

Specificare se:

Legata solo alla performance: Se la paura è limitata al parlare oppure all'esibirsi in pubblico.

Specificatori

Gli individui con disturbo d'ansia sociale tipo legata solo alla performance hanno timori legati alla prestazione che sono tipicamente compromettenti soprattutto nella loro vita professionale (per es., musicisti, ballerini, intrattenitori, atleti) oppure in ruoli che richiedono di parlare in pubblico regolarmente. Le paure di prestazione possono manifestarsi anche in contesti lavorativi, scolastici o accademici in cui sono richieste regolarmente presentazioni in pubblico. Gli individui con disturbo d'ansia sociale tipo legata solo alla performance non temono né evitano situazioni sociali in cui non devono esibirsi.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo d'ansia sociale è una marcata, o intensa, paura o ansia relative a situazioni sociali in cui l'individuo può essere esaminato dagli altri. Nei bambini, la paura o l'ansia devono manifestarsi in contesti in cui vi sono coetanei e non solamente durante le interazioni con gli adulti (Criterio A). Quando esposto a tali situazioni sociali, l'individuo teme di essere valutato negativamente. L'individuo è preoccupato di essere valutato ansioso, debole, pazzo, stupido, noioso, intimidatorio, sporco o sgradevole. L'individuo teme che agirà o apparirà in un determinato modo oppure mostrerà sintomi di ansia, come arrossire, tremare, sudare, inciampare nelle parole oppure fissare, che sarà valutato negativamente da parte degli altri (Criterio B). Alcuni individui temono di offendere gli altri oppure di essere respinti a causa di ciò. La paura di offendere gli altri – per esempio, fissandoli o mostrando sintomi di ansia – può essere il timore predominante in individui provenienti da culture con forti orientamenti collettivistici. Un individuo con la paura che gli tremino le mani può evitare di bere, mangiare, scrivere oppure indicare in pubblico; un individuo con la paura di sudare può evitare di stringere la mano o di mangiare cibi speziati; un individuo con la paura di arrossire può evitare esibizioni in pubblico, luci forti o la discussione su argomenti intimi. Alcuni individui temono ed evitano di urinare nei bagni pubblici quando sono presenti altri individui (cioè paruresis, o "sindrome della vescica timida").

Le situazioni sociali provocano quasi sempre paura o ansia (Criterio C). Di conseguenza, un individuo che diventa ansioso solo occasionalmente nella/e situazione/i sociale/i non riceverebbe la diagnosi di disturbo d'ansia sociale. Tuttavia, il grado e il tipo di paura e ansia possono variare (per es., ansia anticipatoria, un attacco di panico) a seconda delle differenti occasioni. L'ansia anticipatoria può verificarsi a volte molto in anticipo rispetto a situazioni future (per es., preoccuparsi ogni giorno per settimane prima di partecipare a un evento sociale, ripetendo un discorso per giorni). Nei bambini, la paura o l'ansia possono essere espresse con pianto, scoppi di collera, immobilizzazione, aggrappamento o ritiro durante situazioni sociali. L'individuo eviterà spesso le situazioni sociali temute. In alternativa, le situazioni sono vissute con paura o ansia intense (Criterio D). L'evitamento può essere esteso (per es., non andare alle feste, rifiutare la scuola) oppure meno evidente (per es., preparare troppo il testo di un discorso, distogliere l'attenzione indirizzandola su altri, limitare il contatto visivo).

La paura o l'ansia sono reputate sproporzionate rispetto al reale rischio di essere valutati negativamente oppure alle conseguenze di tale valutazione negativa (Criterio E). A volte, l'ansia può non essere ritenuta eccessiva, perché legata a un pericolo reale (per es., essere vittima di bullismo o essere tormentati da altri). Tuttavia, gli individui con disturbo d'ansia sociale spesso sovrastimano le conseguenze negative delle situazioni sociali, e quindi spetta al clinico stabilire se sono sproporzionate o meno. Quando viene formulata tale valutazione, dovrebbe essere preso in considerazione anche il contesto socioculturale dell'individuo. Per esempio, in determinate culture, il comportamento che potrebbe apparire altrimenti socialmente ansioso può essere considerato appropriato nelle situazioni sociali (per es., potrebbe essere visto come segno di rispetto).

La durata del disturbo è tipicamente di almeno 6 mesi (Criterio F). Tale soglia di durata aiuta a distinguere il disturbo da paure sociali transitorie, che sono comuni, soprattutto tra i bambini e nella popolazione generale. Tuttavia, il criterio della durata dovrebbe essere utilizzato unicamente come guida generale e dovrebbe essere ammesso un certo grado di flessibilità. La paura, l'ansia e l'evitamento devono interferire significativamente con la normale routine dell'individuo, con il funzionamento lavorativo o scolastico, o con le attività o relazioni sociali, oppure devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio G). Per esempio, un individuo timoroso di parlare in pubblico non riceve una diagnosi di disturbo d'ansia sociale se questa attività non viene affrontata abitualmente al lavoro o in classe, e se l'individuo non è particolarmente disturbato per questo. Tuttavia, se l'individuo evita o ignora il lavoro o l'istruzione che davvero desidera a causa dei sintomi dell'ansia sociale, allora il Criterio G è soddisfatto.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo d'ansia sociale possono essere inadeguatamente assertivi o eccessivamente remissivi, oppure, meno spesso, possono indirizzare fortemente la conversazione. Possono mostrare una postura del corpo eccessivamente rigida o un contatto visivo inadeguato, oppure parlare a voce troppo bassa. Questi individui possono essere timidi o ritirati, essere meno aperti nelle conversazioni e rivelare poco di se stessi. Possono cercare occupazione in settori che non richiedono contatto sociale, nonostante questo non sia il caso per gli individui con disturbo d'ansia sociale tipo legata solo alla performance. Possono rimanere nella casa d'origine più a lungo. Gli uomini possono ritardare il momento del matrimonio e di avere una famiglia, mentre le donne che vorrebbero lavorare fuori casa possono vivere una vita come casalinghe e madri. È comune l'automedicazione con sostanze (per es., bere prima di andare a una festa). L'ansia sociale tra gli adulti più anziani può includere anche l'esacerbazione dei sintomi di una patologia medica, come tremore o tachicardia. L'arrossire è un segno distintivo della risposta fisica del disturbo d'ansia sociale.

Prevalenza

La stima di prevalenza a 12 mesi del disturbo d'ansia sociale negli Stati Uniti è di circa il 7%. Stime più basse di prevalenza a 12 mesi sono osservate nella maggior parte del mondo in cui vengono usati gli stessi strumenti diagnostici e si raggruppano intorno allo 0,5-2,0%; la prevalenza media in Europa è del 2,3%. I tassi di prevalenza a 12 mesi nei bambini e negli adolescenti sono paragonabili a quelli degli adulti. I tassi di prevalenza tendono a diminuire con l'età. La prevalenza a 12 mesi negli adulti più anziani varia dal 2 al 5%. In generale, si registrano maggiori tassi di disturbo d'ansia sociale nelle femmine rispetto ai maschi nella popolazione generale (con odds ratio che variano da 1,5 a 2,2), e la differenza di genere nella prevalenza risulta più pronunciata negli adolescenti e nei giovani adulti. Nei campioni clinici, i tassi di genere sono equivalenti o leggermente superiori nei maschi e si presume che i ruoli di genere e le aspettative sociali giochino un ruolo significativo nella spiegazione dei comportamenti di maggiore richiesta di aiuto in pazienti maschi. La prevalenza negli Stati Uniti è maggiore negli indiani d'America e minore in persone asiatiche, latine, afroamericane e con discendenza afrocaraibica rispetto ai bianchi non ispanici.

Sviluppo e decorso

L'età media di insorgenza del disturbo d'ansia sociale negli Stati Uniti è di 13 anni, e il 75% degli individui ha un'età di insorgenza tra gli 8 e i 15 anni. Secondo studi americani ed europei, talvolta il disturbo emerge da una storia infantile di inibizione o ti-

midezza. L'esordio può verificarsi anche nella prima infanzia. L'esordio del disturbo d'ansia sociale può avvenire in seguito a un'esperienza stressante o umiliante (per es., essere vittima di bullismo, vomitare durante un discorso in pubblico), oppure svilupparsi lentamente, in modo insidioso. Il primo esordio in età adulta è relativamente raro e si verifica con più probabilità in seguito a un evento stressante o umiliante, oppure a cambiamenti di vita che richiedono nuovi ruoli sociali (per es., sposare qualcuno che appartiene a una classe sociale differente, ricevere una promozione sul lavoro). Il disturbo d'ansia sociale può, per esempio, ridursi quando una persona con il timore di andare a un appuntamento si sposa, e riemergere dopo il divorzio. Tra gli individui che richiedono un intervento clinico, il disturbo tende a essere particolarmente persistente.

Gli adolescenti mostrano un pattern più ampio di paura ed evitamento, che comprende frequentare qualcuno, rispetto ai bambini più piccoli. Gli adulti più anziani esprimono l'ansia sociale a livelli minori ma in una varietà più ampia di situazioni, mentre gli adulti più giovani esprimono maggiori livelli di ansia sociale per situazioni specifiche. Negli adulti più anziani, l'ansia sociale può riguardare la disabilità dovuta al declino delle funzioni sensoriali (udito, vista) o l'imbarazzo relativo al proprio aspetto (per es., tremore come sintomo della malattia di Parkinson) o al funzionamento dovuto a condizioni mediche, incontinenza oppure compromissione cognitiva (per es., dimenticare il nome delle persone). Nella popolazione generale, circa il 30% degli individui con disturbo d'ansia sociale sperimenta una remissione dei sintomi entro 1 anno, e circa il 50% sperimenta una remissione nel giro di pochi anni. In circa il 60% degli individui senza un trattamento specifico per il disturbo d'ansia sociale, il decorso ha una durata di diversi anni o anche maggiore.

L'individuazione del disturbo d'ansia sociale negli adulti più anziani può essere difficile a causa di numerosi fattori, tra cui l'attenzione rivolta ai sintomi somatici, patologie mediche in comorbilità, insight limitato, cambiamenti dell'ambiente o dei ruoli sociali che possono mascherare la compromissione del funzionamento sociale, oppure la reticenza nel descrivere il disagio psicologico.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I tratti sottostanti che predispongono gli individui al disturbo d'ansia sociale includono l'inibizione comportamentale e la paura della valutazione negativa.

Fattori ambientali. Nello sviluppo del disturbo d'ansia sociale non vi è un ruolo causativo di maggiori tassi di maltrattamento infantile o di altre avversità psicosociali con esordio precoce. Tuttavia, il maltrattamento e le avversità infantili sono fattori di rischio per il disturbo d'ansia sociale.

Fattori genetici e fisiologici. I tratti che predispongono gli individui al disturbo d'ansia sociale, come l'inibizione comportamentale, sono fortemente influenzati geneticamente. L'influenza genetica è soggetta all'interazione genotipo-ambiente; pertanto, bambini con una forte inibizione comportamentale sono più suscettibili alle influenze ambientali, come ricevere un'educazione secondo un modello di ansia sociale. Inoltre, il disturbo d'ansia sociale è ereditabile (in modo minore il tipo legata solo alla performance). I parenti di primo grado hanno una possibilità da due a sei volte maggiore di sviluppare il disturbo d'ansia sociale, e la predisposizione al disturbo implica l'interazione di fattori genetici disturbo-specifici (per es., la paura della valutazione negativa) e non specifici (per es., nevroticismo).

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La sindrome di *taijin kyofusho* (per es., in Giappone e Corea) è spesso caratterizzata da preoccupazioni sociali-valutative, le quali soddisfano i criteri per il disturbo d'ansia sociale, che sono associate alla paura che l'individuo possa mettere a disagio *altre* persone (per es., "Il mio sguardo disturba le persone e quindi esse distolgono gli occhi e mi evitano"), una paura che a volte viene vissuta con intensità delirante. Questo sintomo può essere osservato anche in contesti differenti da quelli asiatici. Altre manifestazioni del *taijin kyofusho* possono soddisfare i criteri del disturbo di dismorfismo corporeo oppure del disturbo delirante. Lo status di immigrante è associato a tassi significativamente più bassi di disturbo d'ansia sociale in entrambi i gruppi, latini e bianchi non latini. I tassi di prevalenza del disturbo d'ansia sociale possono non essere in linea con i livelli di ansia sociale autoriportati all'interno della stessa cultura, cioè le società con un orientamento fortemente collettivistico possono riportare alti livelli di ansia sociale, ma bassa prevalenza di disturbo d'ansia sociale.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le femmine con disturbo d'ansia sociale riportano un maggior numero di paure sociali e di disturbi depressivo, bipolare e d'ansia in comorbilità, mentre i maschi hanno una tendenza più spiccata a temere appuntamenti, presentano disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta e utilizzano alcol e droghe per alleviare i sintomi del disturbo. La paruresis è più comune nei maschi.

Conseguenze funzionali del disturbo d'ansia sociale

Il disturbo d'ansia sociale è associato ad alti livelli di abbandono scolastico e a una diminuzione del benessere, dell'occupazione, della produttività lavorativa, dello status socioeconomico e della qualità della vita. Il disturbo d'ansia sociale è anche associato all'essere single, non sposato/a, oppure divorziato/a e all'assenza di figli, soprattutto tra gli uomini. Negli adulti più anziani può esservi una compromissione dei doveri di accudimento e delle attività volontarie. Il disturbo d'ansia sociale impedisce anche attività ricreative. Nonostante l'entità del disagio e della compromissione sociale associata al disturbo d'ansia sociale, solo circa la metà degli individui con questo disturbo nelle società occidentali richiede un trattamento, e tende a farlo soltanto dopo 15-20 anni di sintomatologia. La disoccupazione è un forte predittore della persistenza del disturbo d'ansia sociale.

Diagnosi differenziale

Timidezza non patologica. La timidezza (cioè reticenza sociale) è un tratto di personalità comune e non è considerata di per sé patologica. In alcune società, la timidezza è addirittura valutata positivamente. Tuttavia, quando vi è un impatto significativamente negativo in ambito sociale, lavorativo e in altre aree importanti di funzionamento, dovrebbe essere presa in considerazione la diagnosi di disturbo d'ansia sociale, e quando sono soddisfatti tutti i criteri per il disturbo d'ansia sociale, il disturbo dovrebbe essere diagnosticato. Solo una minoranza (12%) di individui che si autoidentificano come timidi negli Stati Uniti manifestano sintomi che soddisfano i criteri per il disturbo d'ansia sociale.

Agorafobia. Gli individui con agorafobia possono temere ed evitare situazioni sociali (per es., andare al cinema) a causa del fatto che potrebbe essere difficile fuggire oppure che potrebbe non essere disponibile soccorso nell'eventualità che si sviluppino sintomi

simili al panico, mentre gli individui con disturbo d'ansia sociale sono maggiormente intimoriti dalla valutazione degli altri. Inoltre, gli individui con disturbo d'ansia sociale tendono a essere calmi quando vengono lasciati completamente soli, cosa che spesso non si osserva nell'agorafobia.

Disturbo di panico. Gli individui con disturbo d'ansia sociale possono avere attacchi di panico, ma la preoccupazione riguarda la paura della valutazione negativa, mentre nel disturbo di panico la preoccupazione riguarda gli attacchi di panico stessi.

Disturbo d'ansia generalizzata. Le preoccupazioni sociali sono comuni nel disturbo d'ansia generalizzata, ma l'attenzione si concentra più sull'andamento delle relazioni piuttosto che sulla paura della valutazione negativa. Gli individui con disturbo d'ansia generalizzata, in particolare i bambini, possono manifestare preoccupazioni eccessive legate alla qualità della loro prestazione sociale, ma queste paure si riferiscono anche alla prestazione non sociale e a quando l'individuo non viene valutato da altri. Nel disturbo d'ansia sociale le preoccupazioni si focalizzano sulla prestazione sociale e sulla valutazione da parte degli altri.

Disturbo d'ansia di separazione. Gli individui con disturbo d'ansia di separazione possono evitare le situazioni sociali (tra cui il rifiuto della scuola) a causa della preoccupazione di essere separati dalle figure di attaccamento o, nei bambini, di aver bisogno della presenza di un genitore sebbene ciò sia inappropriato rispetto allo stadio di sviluppo. Gli individui con disturbo d'ansia di separazione sono di solito a loro agio in situazioni sociali quando la figura di attaccamento è presente o quando sono a casa, mentre quelli con disturbo d'ansia sociale manifestano segni di disagio anche quando le situazioni sociali si verificano a casa loro o in presenza delle figure di attaccamento.

Fobie specifiche. Gli individui con fobie specifiche possono temere di essere imbarazzati o umiliati (per es., temere di svenire durante un prelievo di sangue), ma generalmente non temono la valutazione negativa in altre situazioni sociali.

Mutismo selettivo. Gli individui con mutismo selettivo possono non riuscire a parlare a causa della paura della valutazione negativa, ma essi non temono la valutazione negativa nelle situazioni sociali in cui non è richiesto di parlare (per es., in un gioco non verbale).

Disturbo depressivo maggiore. Gli individui con disturbo depressivo maggiore possono mostrare preoccupazione relativamente all'essere valutati negativamente dagli altri perché si sentono non degni di essere apprezzati. Al contrario, gli individui con disturbo d'ansia sociale sono preoccupati di essere valutati negativamente a causa di determinati comportamenti sociali o sintomi fisici.

Disturbo di dismorfismo corporeo. Gli individui con disturbo di dismorfismo corporeo hanno preoccupazioni riguardanti ciò che percepiscono come uno o più difetti o imperfezioni nel proprio aspetto fisico, elementi che non sono osservabili o sembrano di poco conto agli altri; questa preoccupazione causa spesso ansia sociale ed evitamento. Se le loro paure sociali e l'evitamento sono dovuti solo alle convinzioni relative al proprio aspetto, non è giustificata una diagnosi separata di disturbo d'ansia sociale.

Disturbo delirante. Gli individui con disturbo delirante possono avere deliri non bizzarri e/o allucinazioni legati alla tematica dei deliri che si focalizzano sull'essere respinti dagli altri oppure sull'offendere gli altri. Anche se il grado di insight nelle convinzioni relative alle situazioni sociali può variare, molti individui con disturbo d'ansia sociale hanno un buon insight relativo al fatto che le loro convinzioni sono sproporzionate rispetto alla reale minaccia posta dalla situazione sociale.

Disturbo dello spettro dell'autismo. L'ansia sociale e i deficit di comunicazione sociale sono segni distintivi del disturbo dello spettro dell'autismo. Gli individui con disturbo d'ansia sociale hanno tipicamente delle relazioni sociali e una comunicazione sociale adeguate all'età, nonostante possa sembrare che abbiano una compromissione di queste aree quando interagiscono per la prima volta con coetanei o adulti sconosciuti.

Disturbi di personalità. Data la frequente insorgenza in età infantile e la persistenza nell'età adulta, il disturbo d'ansia sociale può assomigliare a un disturbo di personalità. La sovrapposizione più evidente è con il disturbo evitante di personalità. Gli individui con disturbo evitante di personalità hanno un pattern di evitamento più ampio rispetto agli individui con disturbo d'ansia sociale. Ciononostante, il disturbo d'ansia sociale è di solito maggiormente in comorbilità con il disturbo evitante di personalità piuttosto che con altri disturbi di personalità e il disturbo evitante di personalità è maggiormente in comorbilità con il disturbo d'ansia sociale piuttosto che con altri disturbi d'ansia.

Altri disturbi mentali. Paure sociali e disagio possono manifestarsi come parte della schizofrenia, ma solitamente sono presenti altre evidenze di sintomi psicotici. Negli individui con un disturbo dell'alimentazione è importante stabilire se la paura della valutazione negativa circa comportamenti o sintomi del disturbo dell'alimentazione (per es., le condotte di eliminazione e il vomito) non siano la sola causa dell'ansia sociale prima di porre la diagnosi di disturbo d'ansia sociale. Allo stesso modo, il disturbo ossessivo-compulsivo può essere associato all'ansia sociale, ma la diagnosi aggiuntiva di disturbo d'ansia sociale è utilizzata solo quando le paure sociali e l'evitamento sono indipendenti dal nucleo centrale delle ossessioni e delle compulsioni.

Altre condizioni mediche. Alcune condizioni mediche possono comportare sintomi potenzialmente imbarazzanti (per es., tremore nella malattia di Parkinson). Quando la paura della valutazione negativa dovuta a un'altra condizione medica è eccessiva, dovrebbe essere considerata la diagnosi di disturbo d'ansia sociale.

Disturbo oppositivo provocatorio. Il rifiuto di parlare dovuto all'opposizione alle figure di autorità dovrebbe essere differenziato dall'incapacità di parlare dovuta alla paura di una valutazione negativa.

Comorbilità

Il disturbo d'ansia sociale è spesso in comorbilità con altri disturbi d'ansia, disturbo depressivo maggiore e disturbi da uso di sostanze, e l'esordio del disturbo d'ansia sociale precede generalmente quello degli altri disturbi, tranne la fobia specifica e il disturbo d'ansia di separazione. L'isolamento sociale cronico nel corso di un disturbo d'ansia sociale può portare a un disturbo depressivo maggiore. La comorbilità con la depressione è alta anche negli adulti più anziani. Le sostanze possono essere utilizzate come automedicazione per le paure sociali, ma i sintomi dell'intossicazione da sostanze o dell'astinenza, come il tremito, possono anche essere una fonte (ulteriore) di paura sociale. Il disturbo d'ansia sociale è frequentemente in comorbilità con il disturbo bipolare oppure con il disturbo di dismorfismo corporeo; per esempio, un individuo presenta disturbo di dismorfismo corporeo riguardante una preoccupazione per una lieve irregolarità del suo naso, come pure disturbo d'ansia sociale a causa di un grave timore di apparire poco intelligente. La forma più generalizzata di disturbo d'ansia sociale, ma non di disturbo d'ansia sociale tipo legata solo alla performance, è spesso in comorbilità con il disturbo evitante di personalità. Nei bambini, sono comuni le comorbilità con l'autismo ad alto funzionamento e il mutismo selettivo.

Disturbo di panico 300.01 (F41.0)

Criteri diagnostici

A. Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:

Nota: La comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso.

1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia.
2. Sudorazione.
3. Tremori fini o a grandi scosse.
4. Dispnea o sensazione di soffocamento.
5. Sensazione di asfissia.
6. Dolore o fastidio al petto.
7. Nausea o disturbi addominali.
8. Sensazioni di vertigine, di instabilità, di "testa leggera" o di svenimento.
9. Brividi o vampate di calore.
10. Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio).
11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi).
12. Paura di perdere il controllo o di "impazzire".
13. Paura di morire.

Nota: Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per es., tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti.

B. Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno o entrambi i seguenti sintomi:

1. Preoccupazione persistente per l'insorgere di altri attacchi o per le loro conseguenze (per es., perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, "impazzire").
2. Significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata agli attacchi (per es., comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l'evitamento dell'esercizio fisico oppure di situazioni non familiari).

C. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo, disturbi cardiopolmonari).

D. Gli attacchi di panico non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., gli attacchi di panico non si verificano solo in risposta a una situazione sociale temuta, come nel disturbo d'ansia sociale; in risposta a un oggetto o a una situazione fobica circoscritti, come nella fobia specifica; in risposta a ossessioni, come nel disturbo ossessivo-compulsivo; in risposta al ricordo di un evento traumatico, come nel disturbo da stress post-traumatico; oppure in risposta alla separazione dalle figure di attaccamento, come nel disturbo d'ansia di separazione).

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo di panico si riferisce a ricorrenti attacchi di panico inaspettati (Criterio A). Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro o più di un elenco di 13 sintomi fisici e cognitivi. Il termine *ricorrente* significa letteralmente più di un unico attacco di panico inaspettato. Il termine *inaspettato* si riferisce a un attacco di panico per il quale non vi è un chiaro elemento scatenante al momento dell'avvenimento; in altre parole, l'attacco sembra verificarsi di punto in bianco, come quando l'individuo si sta rilassando oppure svegliando dal sonno (attacchi di panico notturni). Al contrario, gli attacchi di panico *attesi* sono attacchi per i quali vi è un chiaro elemento scatenante, come una situazione in cui si verificano tipicamente gli attacchi di panico. Stabilire se gli attacchi di panico sono attesi o inaspettati è compito del clinico, il quale basa il proprio giudizio su una combinazione di attenta indagine della sequenza di eventi che hanno preceduto o portato all'attacco unita alla valutazione dell'individuo mirante a chiarire se l'attacco è sembrato verificarsi senza una ragione evidente oppure no. Le interpretazioni culturali possono influenzare la categorizzazione degli attacchi di panico come attesi o inaspettati (si veda la sezione "Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza" per questo disturbo). Negli Stati Uniti e in Europa, circa metà degli individui con disturbo di panico hanno sia attacchi di panico attesi sia inaspettati. Perciò, la presenza di attacchi di panico attesi non esclude la diagnosi di disturbo di panico. Per maggiori dettagli relativi agli attacchi di panico attesi e inaspettati, si veda "Specificatore dell'attacco di panico" (pp. 247-251).

La frequenza e la gravità degli attacchi di panico sono molto varie. In termini di frequenza, possono esservi attacchi moderatamente frequenti (per es., una volta a settimana) che si manifestano regolarmente per mesi, oppure brevi serie di attacchi più frequenti (per es., quotidianamente) intervallate da settimane o mesi senza attacchi o con attacchi meno frequenti (per es., ogni due mesi) per molti anni. Le persone che hanno attacchi di panico poco frequenti assomigliano alle persone con attacchi di panico più frequenti nei termini di sintomi degli attacchi di panico, caratteristiche demografiche, comorbilità con altri disturbi, storia familiare e dati biologici. In termini di gravità, gli individui con disturbo di panico possono avere sia attacchi completi (con quattro o più sintomi) sia attacchi paucisintomatici (con meno di quattro sintomi), e il numero e il tipo di sintomi dell'attacco di panico differiscono frequentemente da un attacco di panico all'altro. Tuttavia, è richiesto più di un attacco di panico inaspettato completo per la diagnosi di disturbo di panico.

I timori relativi agli attacchi di panico o alle loro conseguenze riguardano solitamente le preoccupazioni fisiche, come il timore che gli attacchi di panico indichino la presenza di una malattia non diagnosticata, pericolosa per la vita (per es., cardiopatia, epilessia); le preoccupazioni sociali, come l'imbarazzo o la paura di essere valutati negativamente dagli altri a causa dei visibili sintomi di panico; e le preoccupazioni circa il funzionamento mentale, come "impazzire" oppure perdere il controllo (Criterio B). Le modificazioni disadattive del comportamento rappresentano il tentativo di minimizzare o evitare gli attacchi di panico oppure le loro conseguenze. Gli esempi includono l'evitamento dell'esercizio fisico, la riorganizzazione della vita di ogni giorno al fine di assicurarsi che sia disponibile soccorso in caso di un attacco di panico, limitando le consuete attività quotidiane, ed evitando situazioni tipo agorafobia, come uscire di casa, usare i trasporti pubblici oppure uscire a fare acquisti. Se è presente agorafobia, viene posta una diagnosi separata di agorafobia.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Un tipo di attacco di panico inaspettato è l'attacco di panico *notturno* (cioè svegliarsi dal sonno in uno stato di panico, che differisce dall'essere in preda al panico successivamente al completo risveglio dal sonno). Negli Stati Uniti, questo tipo di attacco di

panico si verifica almeno una volta in circa da un quarto a un terzo degli individui con disturbo di panico, dei quali la maggior parte ha anche attacchi di panico diurni. Oltre a preoccuparsi per gli attacchi di panico e per le loro conseguenze, molti individui con disturbo di panico riferiscono anche sentimenti di ansia costanti o intermittenti che sono più ampiamente legati a preoccupazioni relative alla salute e alla salute mentale. Per esempio, gli individui con disturbo di panico spesso immaginano esiti catastrofici da un sintomo fisico o da un effetto collaterale farmacologico di lieve entità (per es., pensano di avere una cardiopatia, o che un mal di testa indichi un tumore cerebrale). Tali individui sono spesso relativamente intolleranti agli effetti collaterali dei farmaci. Inoltre, possono esservi preoccupazioni pervasive circa le capacità di portare a termine le attività quotidiane o di affrontare eventi stressanti quotidiani, eccessivo uso di droghe (per es., alcol, farmaci prescritti oppure droghe illecite) per controllare gli attacchi di panico, oppure comportamenti estremi volti a controllare gli attacchi di panico (per es., gravi restrizioni di assunzione di cibo oppure evitamento di cibi specifici o farmaci a causa delle preoccupazioni circa i sintomi fisici che provocano gli attacchi di panico).

Prevalenza

Nella popolazione generale, le stime di prevalenza a 12 mesi per il disturbo di panico negli Stati Uniti e in alcuni paesi europei è di circa il 2-3% negli adulti e negli adolescenti. Negli Stati Uniti sono riportati tassi di disturbo di panico significativamente più bassi tra latinoamericani, afroamericani, neri caraibici e asiaticoamericani, rispetto ai bianchi non latinoamericani; gli indiani d'America, al contrario, mostrano tassi significativamente maggiori. Stime inferiori sono state riportate nei paesi asiatici, africani e latinoamericani, con variazioni dallo 0,1 allo 0,8%. Le femmine sono colpite più spesso rispetto ai maschi, con un rapporto di circa 2:1. La differenziazione di genere si verifica in adolescenza ed è già osservabile prima dei 14 anni di età. Nonostante nei bambini si verifichino attacchi di panico, la prevalenza complessiva del disturbo di panico è bassa prima dei 14 anni (<0,4%). I tassi di disturbo di panico mostrano un graduale aumento durante l'adolescenza, soprattutto nelle femmine, conseguente forse alla pubertà, e raggiungono il picco durante l'età adulta. I tassi di prevalenza diminuiscono negli individui più anziani (cioè 0,7% negli adulti con età superiore ai 64 anni), cosa che forse rispecchia una diminuzione della gravità a livelli subclinici.

Sviluppo e decorso

L'età media di insorgenza del disturbo di panico negli Stati Uniti è di 20-24 anni. Un esiguo numero di casi inizia nell'infanzia, mentre l'esordio dopo i 45 anni è insolito, sebbene possibile. Se il disturbo non è trattato, il decorso usuale è cronico, ma con oscillazioni sintomatologiche. Alcuni individui possono avere crisi episodiche con intervalli di remissione di anni, e altri possono avere una sintomatologia grave in modo continuativo. Solo una minoranza di individui ha una completa remissione senza una successiva ricaduta nel giro di pochi anni. Il decorso del disturbo di panico è tipicamente complicato da una varietà di altri disturbi, in particolare disturbi d'ansia, disturbi depressivi e disturbi da uso di sostanze (si veda la sezione "Comorbilità" per questo disturbo).

Nonostante il disturbo di panico sia molto raro in età infantile, il primo verificarsi di "fearful spells" viene spesso datato retrospettivamente all'età infantile. Come negli adulti, il disturbo di panico negli adolescenti tende ad avere un decorso cronico ed è frequentemente in comorbilità con altri disturbi d'ansia, disturbo depressivo e disturbo bipolare. Al momento non sono state evidenziate differenze nella presentazione clinica

in adulti e adolescenti. Tuttavia, gli adolescenti possono essere meno preoccupati circa gli ulteriori attacchi di panico rispetto ai giovani adulti. Una minore prevalenza del disturbo di panico negli adulti più anziani sembra essere attribuibile alla riduzione legata all'età della risposta del sistema nervoso autonomo. In molti individui anziani con "sensazioni di panico" è stata osservata una forma "ibrida" di attacchi di panico paucisintomatici e ansia generalizzata. Inoltre, gli adulti più anziani tendono ad attribuire i loro attacchi di panico a determinate situazioni stressanti, come un intervento medico o un ambiente sociale. Gli individui più anziani possono retrospettivamente avallare spiegazioni per l'attacco di panico (che precluderebbe la diagnosi di disturbo di panico), anche se un attacco di panico potrebbe effettivamente essere stato inaspettato nel momento in cui si verificava (e quindi qualificarsi come base per una diagnosi di disturbo di panico). Questo può portare a sottostimare gli attacchi di panico inaspettati in individui più anziani. Di conseguenza, è necessaria un'attenta indagine negli adulti più anziani al fine di valutare se gli attacchi di panico fossero attesi prima di verificarsi, in modo da non trascurare gli attacchi di panico inaspettati e la diagnosi di disturbo di panico.

Anche se si potrebbe pensare che il basso tasso di disturbo di panico nei bambini possa essere legato alle difficoltà nel riportare i sintomi, questa conclusione sembra improbabile alla luce del fatto che i bambini sono in grado di riferire l'intensa paura o il panico in relazione alla separazione e a oggetti o situazioni fobici. Gli adolescenti potrebbero essere meno disposti degli adulti a parlare apertamente degli attacchi di panico. Pertanto, i clinici dovrebbero essere consapevoli che gli attacchi di panico inaspettati si verificano negli adolescenti tanto quanto negli adulti, e non trascurare questa possibilità quando incontrano adolescenti che manifestano episodi di paura o disagio intensi.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Affettività negativa (nevroticismo), cioè la predisposizione a esperire emozioni negative, e sensibilità all'ansia, cioè la disposizione a credere che i sintomi dell'ansia siano nocivi, sono fattori di rischio per l'insorgenza degli attacchi di panico e, separatamente, per la preoccupazione relativa al panico, nonostante il loro status di rischio per la diagnosi di disturbo di panico sia sconosciuto. Una storia di "fearful spells" (cioè attacchi paucisintomatici che non soddisfano appieno i criteri per un attacco di panico) può essere un fattore di rischio per successivi attacchi di panico e disturbo di panico. Nonostante il disturbo d'ansia di separazione nell'età infantile, soprattutto quando è grave, possa precedere il successivo sviluppo del disturbo di panico, esso non è un fattore di rischio consistente.

Fattori ambientali. Le segnalazioni di esperienze di abuso sessuale e fisico in età infantile sono più comuni nel disturbo di panico rispetto a certi altri disturbi d'ansia. Il fumo di sigaretta è un fattore di rischio per gli attacchi di panico e per il disturbo di panico. La maggior parte degli individui riferisce la presenza di eventi stressanti identificabili nei mesi precedenti il loro primo attacco di panico (per es., eventi stressanti interpersonali ed eventi stressanti legati al benessere fisico, come esperienze negative con sostanze illecite o prescritte, malattie, oppure morte in famiglia).

Fattori genetici e fisiologici. Si pensa che diversi geni possano conferire una vulnerabilità per il disturbo di panico. Tuttavia, i geni esatti, il prodotto genetico o le funzioni legate alle regioni genetiche implicate rimangono sconosciuti. Gli attuali modelli dei circuiti neuronali per il disturbo di panico sottolineano il ruolo dell'amigdala e delle strutture collegate, come accade in altri disturbi d'ansia. Vi è un aumentato rischio di

disturbo di panico tra i figli di genitori con disturbi d'ansia, disturbo depressivo e disturbo bipolare. Problemi respiratori, come l'asma, sono associati al disturbo di panico, nei termini di storia pregressa, comorbilità e storia familiare.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il tasso di paure riguardanti sintomi mentali e somatici dell'ansia sembra variare tra le culture e può influenzare il tasso di attacchi di panico e di disturbo di panico. Inoltre, le aspettative culturali possono influenzare la classificazione degli attacchi di panico come attesi o inaspettati. Per esempio, un individuo vietnamita che ha sviluppato attacchi di panico dopo una passeggiata in un ambiente ventoso (*trúng gió*, "colpito dal vento") può attribuire l'attacco di panico all'esposizione al vento come risultato della sindrome culturale che lega queste due esperienze, cosa che porta a una classificazione dell'attacco di panico come atteso. Diverse altre sindromi culturali sono associate al disturbo di panico, tra cui *ataque de nervios* ("attacco di nervi") tra la popolazione latinoamericana e attacchi *khyâl* e "perdita dell'anima" tra la popolazione cambogiana. L'*ataque de nervios* può comportare tremito, urla o pianto incontrollabili, comportamenti aggressivi o suicidari e depersonalizzazione oppure derealizzazione, che possono essere esperite più a lungo rispetto ai pochi minuti tipici degli attacchi di panico. Alcune manifestazioni cliniche di *ataque de nervios* soddisfano i criteri per condizioni diverse dall'attacco di panico (per es., disturbo dissociativo con altra specificazione). Queste sindromi influenzano i sintomi e la frequenza del disturbo di panico, inclusa l'attribuzione da parte dell'individuo della qualifica di inaspettato, dal momento che le sindromi culturali possono creare paura di determinate situazioni, dalle liti (associate all'*ataque de nervios*) a tipi di sforzo fisico (associati agli attacchi *khyâl*), al vento atmosferico (associato agli attacchi *trúng gió*). La chiarificazione dei dettagli delle attribuzioni culturali può essere di aiuto nel distinguere tra attacchi di panico attesi e inaspettati. Per maggiori informazioni sulle sindromi culturali, si rimanda al "Glossario dei concetti culturali di sofferenza" nell'Appendice.

Le preoccupazioni specifiche riguardanti gli attacchi di panico o le loro conseguenze variano da una cultura all'altra (e tra differenti gruppi di età e di genere). Per il disturbo di panico, i campioni di popolazione statunitensi di individui bianchi non latini mostrano una compromissione funzionale significativamente minore rispetto a individui afroamericani. Vi sono anche maggiori tassi di gravità oggettivamente definita in individui neri caraibici non latini con disturbo di panico, e tassi più bassi di disturbo di panico in generale sia in gruppi afroamericani sia in gruppi afrocaraibici, a suggerire che tra gli individui di origine africana i criteri del disturbo di panico possono essere soddisfatti solo quando vi sono gravità e compromissione sostanziali.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le caratteristiche cliniche del disturbo di panico non sembrano differire tra maschi e femmine. Vi sono alcune evidenze per il dimorfismo sessuale, con un'associazione tra disturbo di panico e gene per la catecol-O-metiltransferasi (COMT) solo nelle femmine.

Marker diagnostici

Agenti con vari meccanismi di azione, come sodio lattato, caffeina, isoproterenolo, yohimbina, anidride carbonica e colecistochinina, provocano attacchi di panico in individui con disturbo di panico in misura molto maggiore rispetto a individui di controllo sani (e in alcuni casi rispetto a individui con altri disturbi d'ansia, disturbo depressivo o disturbo bipolare senza attacchi di panico). Inoltre, per una percentuale di individui con disturbo di panico, gli attacchi di panico sono legati a chemocettori midollari ipersensibili all'anidride carbonica, che provocano ipocapnia e altre alterazioni respiratorie. Tuttavia, nessuna di queste scoperte di laboratorio è considerata diagnostica per il disturbo di panico.

Rischio di suicidio

Gli attacchi di panico e una diagnosi di disturbo di panico nei 12 mesi precedenti sono associati a un maggiore tasso di tentativi di suicidio e di ideazione suicidaria negli ultimi 12 mesi anche quando vengono presi in considerazione la comorbilità e una storia di abusi infantili e altri fattori di rischio suicidario.

Conseguenze funzionali del disturbo di panico

Il disturbo di panico è associato ad alti livelli di disabilità sociale, lavorativa e fisica; notevoli costi economici; e più alto numero di visite mediche tra i disturbi d'ansia, benché gli effetti siano maggiori quando è presente anche l'agorafobia. Gli individui con disturbo di panico possono assentarsi frequentemente dal posto di lavoro o da scuola a causa di visite mediche o per recarsi al pronto soccorso, cosa che può portare alla disoccupazione o all'abbandono scolastico. Negli adulti più anziani, la compromissione può essere osservata nei compiti di accudimento o nelle attività volontarie. Gli attacchi di panico completi sono tipicamente associati a una maggiore morbilità (per es., maggiore utilizzo dei servizi sanitari, maggiore disabilità, peggiore qualità della vita) rispetto agli attacchi paucisintomatici.

Diagnosi differenziale

Disturbo d'ansia con altra specificazione o disturbo d'ansia senza specificazione. Il disturbo di panico non dovrebbe essere diagnosticato se non si sono mai verificati attacchi di panico completi (inaspettati). Nel caso in cui si fossero verificati solo attacchi di panico paucisintomatici inaspettati, dovrebbe essere considerata la diagnosi di disturbo d'ansia con altra specificazione o disturbo d'ansia senza specificazione.

Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica. Il disturbo di panico non viene diagnosticato se si ritiene che gli attacchi di panico siano una conseguenza fisiologica diretta di un'altra condizione medica. Esempi di condizioni mediche che possono causare attacchi di panico includono ipertiroidismo, iperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunzioni vestibolari, disturbi convulsivi e condizioni cardiopolmonari (per es., aritmie, tachicardia sopraventricolare, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva [BPCO]). Esami di laboratorio appropriati (per es., calcemia per l'iperparatiroidismo, monitoraggio Holter per le aritmie) o l'esame obiettivo (per es., per le condizioni cardiache) possono essere utili a determinare il ruolo eziologico di un'altra condizione medica.

Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci. Il disturbo di panico non viene diagnosticato se si ritiene che gli attacchi di panico rappresentino una conseguenza fisiologica diretta dell'uso di una sostanza. L'intossicazione da stimolanti del sistema nervoso centrale (per es., cocaina, amfetamine, caffeina) o da cannabis e l'astinenza da depressogeni del sistema nervoso centrale (per es., alcol, barbiturici) possono precipitare un attacco di panico. Tuttavia, se gli attacchi di panico continuano a manifestarsi al di fuori dell'uso di sostanze (per es., molto dopo il termine degli effetti dell'intossicazione o dell'astinenza), si dovrebbe prendere in considerazione una diagnosi di disturbo di panico. Inoltre, poiché in alcuni individui il disturbo di panico può precedere l'uso di

sostanze e può essere associato a un aumentato uso di sostanze, soprattutto a scopo di automedicazione, dovrebbe essere raccolta un'anamnesi personale dettagliata per stabilire se l'individuo abbia avuto attacchi di panico prima dell'uso eccessivo di sostanze. Se è così, in aggiunta a una diagnosi di disturbo da uso di sostanze dovrebbe essere considerata una diagnosi di disturbo di panico. Caratteristiche come l'esordio dopo i 45 anni o la presenza di sintomi atipici durante un attacco di panico (per es., vertigini, perdita di coscienza, perdita del controllo della vescica o degli sfinteri, disartria, amnesia) suggeriscono la possibilità che la causa dei sintomi dell'attacco di panico possa essere un'altra condizione medica o una sostanza.

Altri disturbi mentali con attacchi di panico come caratteristica associata (per es., altri disturbi d'ansia o disturbi psicotici). Gli attacchi di panico che si verificano come sintomo di altri disturbi d'ansia sono attesi (per es., scatenati da situazioni sociali nel disturbo d'ansia sociale, da oggetti o situazioni fobici nella fobia specifica o nell'agorafobia, da preoccupazione nel disturbo d'ansia generalizzata, dalla separazione da casa o dalle figure di attaccamento nel disturbo d'ansia di separazione), e quindi non soddisferebbero i criteri per un disturbo di panico. (Nota: Talvolta un attacco di panico inaspettato è associato all'esordio di un altro disturbo d'ansia, ma successivamente gli attacchi diventano attesi, mentre il disturbo di panico è caratterizzato da ricorrenti attacchi di panico inaspettati.) Se gli attacchi di panico si verificano solo in risposta a elementi scatenanti specifici, allora viene posta solo la diagnosi del disturbo d'ansia pertinente. Tuttavia, se l'individuo esperisce anche attacchi di panico inaspettati e mostra preoccupazione e timore persistenti oppure una modificazione comportamentale a causa degli attacchi, allora dovrebbe essere considerata una diagnosi addizionale di disturbo di panico.

Comorbilità

Il disturbo di panico si verifica poco frequentemente nei contesti clinici in assenza di altri disturbi psicopatologici. La prevalenza del disturbo di panico è elevata negli individui con altri disturbi, in particolare altri disturbi d'ansia (e soprattutto agorafobia), depressione maggiore, disturbo bipolare, ed eventualmente disturbo da uso di alcol lieve. Mentre il disturbo di panico mostra spesso un'età di esordio più precoce rispetto al/ai disturbo/i in comorbilità, l'esordio a volte si verifica successivamente al disturbo in comorbilità e può essere considerato come un marker di gravità della patologia in comorbilità.

I tassi riferiti nell'arco di vita di comorbilità tra il disturbo depressivo maggiore e il disturbo di panico variano in modo considerevole, andando dal 10 al 65% negli individui con disturbo di panico. In circa un terzo degli individui con entrambi i disturbi, la depressione precede l'insorgenza del disturbo di panico. Nei rimanenti due terzi, la depressione si verifica in coincidenza con il disturbo di panico oppure segue l'insorgenza del disturbo di panico. Un sottogruppo di individui con disturbo di panico sviluppa un disturbo correlato a sostanze, il quale rappresenta per alcuni un tentativo di curare l'ansia con alcol o farmaci. Anche la comorbilità con altri disturbi d'ansia e disturbo d'ansia di malattia è comune.

Il disturbo di panico è significativamente in comorbilità con numerosi sintomi e condizioni mediche generali, tra cui, anche se non solo, vertigini, aritmie cardiache, ipertiroidismo, asma, BPCO e sindrome dell'intestino irritabile. Tuttavia, la natura dell'associazione (per es., causa ed effetto) tra il disturbo di panico e queste condizioni rimane poco chiara. Nonostante il prolasso della valvola mitrale e un disturbo tiroideo siano più comuni tra gli individui con disturbo di panico rispetto alla popolazione generale, le differenze di prevalenza non sono consistenti.

Specificatore dell'attacco di panico

Nota: Vengono presentati i sintomi al fine di identificare un attacco di panico; tuttavia, l'attacco di panico non è un disturbo mentale e non può essere codificato. Gli attacchi di panico possono verificarsi nel contesto di qualsiasi disturbo d'ansia così come all'interno di altri disturbi mentali (per es., disturbi depressivi, disturbo da stress post-traumatico, disturbo da uso di sostanze) e nell'ambito di alcune condizioni mediche (per es., cardiache, respiratorie, vestibolari, gastrointestinali). Quando viene identificata la presenza di un attacco di panico, esso dovrebbe essere rilevato come uno specificatore (per es., "disturbo da stress post-traumatico con attacchi di panico"). Per quanto riguarda il disturbo di panico, la presenza di attacchi di panico è contenuta all'interno dei criteri per il disturbo e l'attacco di panico non viene utilizzato come specificatore.

Una comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:

Nota: La comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso.

1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia.
2. Sudorazione.
3. Tremori fini o a grandi scosse.
4. Dispnea o sensazione di soffocamento.
5. Sensazione di asfissia.
6. Dolore o fastidio al petto.
7. Nausea o disturbi addominali.
8. Sensazioni di vertigine, di instabilità, di "testa leggera" o di svenimento.
9. Brividi o vampate di calore.
10. Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio).
11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi).
12. Paura di perdere il controllo o di "impazzire".
13. Paura di morire.

Nota: Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per es., tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti.

Caratteristiche

La caratteristica essenziale di un attacco di panico è la comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro o più di 13 sintomi fisici o cognitivi. Undici di questi 13 sono sintomi fisici (per es., palpitazione, sudorazione), mentre gli altri due sono sintomi cognitivi (cioè paura di perdere il controllo o di "impazzire", paura di morire). La "paura di impazzire" è un termine colloquiale usato spesso dagli individui con attacchi di panico e non è inteso con senso peggiorativo né come un termine diagnostico. L'espressione *in pochi minuti* significa che il tempo in cui l'intensità raggiunge il picco è letteralmente solo di pochi minuti. Un attacco di panico può insorgere a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso, e il tempo in cui l'intensità raggiunge il picco dovrebbe essere valutata indipendentemente da qualsiasi ansia precedente. In altre parole, l'inizio dell'attacco di panico è il punto in cui vi è un improvviso aumento del disagio piuttosto

che il punto in cui si è sviluppata inizialmente l'ansia. Allo stesso modo, un attacco di panico può tornare sia a uno stato di quiete sia a uno stato ansioso ed eventualmente toccare nuovamente il picco. Un attacco di panico si distingue dall'ansia continua per il tempo che impiega ad arrivare al picco di intensità, che si verifica nel giro di pochi minuti; la sua natura discreta; e la sua tipica maggiore gravità. Gli attacchi che soddisfano tutti gli altri criteri ma hanno meno di quattro sintomi fisici e/o cognitivi sono definiti *attacchi paucisintomatici*.

Esistono due tipi caratteristici di attacchi di panico: attesi o situazionali e inaspettati. Gli *attacchi di panico attesi o situazionali* sono attacchi per i quali vi è un evidente elemento scatenante al momento del verificarsi dell'attacco, come situazioni in cui gli attacchi di panico si sono tipicamente verificati. Gli *attacchi di panico inaspettati* sono quelli in cui non vi sono evidenti elementi scatenanti al momento del verificarsi dell'attacco (per es., mentre si è rilassati oppure mentre ci si sveglia [attacco di panico notturno]). Stabilire se gli attacchi di panico sono attesi o inaspettati è compito del clinico, il quale basa il proprio giudizio su una combinazione di attenta indagine della sequenza di eventi che hanno preceduto o portato all'attacco unita alla valutazione dell'individuo mirante a chiarire se l'attacco è sembrato verificarsi senza una ragione evidente oppure no. Le interpretazioni culturali possono influenzare la categorizzazione degli attacchi di panico come attesi o inaspettati. Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per es., tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollabili); tuttavia, tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti. Gli attacchi di panico possono verificarsi nel contesto di qualsiasi disturbo mentale (per es., disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi bipolari, disturbi dell'alimentazione, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, disturbi di personalità, disturbi psicotici, disturbi da uso di sostanze) e di alcune condizioni mediche (per es., cardiache, respiratorie, vestibolari, gastrointestinali), di cui la maggior parte non soddisfa i criteri per il disturbo di panico. Per una diagnosi di disturbo di panico sono richiesti ricorrenti attacchi di panico inaspettati.

Caratteristiche associate

Un tipo di attacco di panico inaspettato è l'*attacco di panico notturno* (cioè svegliarsi dal sonno in uno stato di panico), che differisce dall'essere in preda al panico successivamente al completo risveglio dal sonno. Gli attacchi di panico sono legati a un tasso più elevato di tentativi di suicidio e di ideazione suicidaria anche quando vengono considerati la comorbilità e altri fattori di rischio suicidari.

Prevalenza

Nella popolazione generale, le stime di prevalenza a 12 mesi per gli attacchi di panico negli Stati Uniti sono dell'11,2% negli adulti. Le stime di prevalenza a 12 mesi non sembrano differire significativamente tra gli afroamericani, gli asiaticoamericani e i latini. Stime di prevalenza a 12 mesi più basse nei paesi europei sembrano variare dal 2,7 al 3,3%. Le femmine sono colpite più frequentemente rispetto ai maschi, nonostante questa differenza di genere sia più pronunciata per il disturbo di panico. Gli attacchi di panico possono verificarsi nei bambini ma sono relativamente rari fino all'età della pubertà, quando i tassi di prevalenza aumentano. I tassi di prevalenza diminuiscono negli individui più anziani, cosa che forse rispecchia una diminuzione della gravità a livelli subclinici.

Sviluppo e decorso

L'età media di insorgenza degli attacchi di panico negli Stati Uniti si attesta intorno ai 22-23 anni tra gli adulti. Tuttavia, il decorso degli attacchi di panico è probabilmente influenzato dal decorso di qualunque disturbo mentale concomitante e da eventi stressanti. Nei bambini in età preadolescenziale, gli attacchi di panico non sono comuni, e gli attacchi di panico inaspettati sono rari. Gli adolescenti potrebbero essere meno disposti degli adulti a parlare apertamente degli attacchi di panico, anche se manifestano episodi di paura o disagio intensi. Una minore prevalenza di attacchi di panico negli individui più anziani può essere legata a una più debole risposta del sistema nervoso autonomo agli stati emotivi rispetto a individui più giovani. Gli individui più anziani possono essere meno inclini a utilizzare il termine *paura* e più inclini a usare il termine *disagio* per descrivere gli attacchi di panico. Gli individui più anziani con "sensazioni di panico" possono avere una forma ibrida di attacchi di panico paucisintomatici e ansia generalizzata. Inoltre, gli adulti più anziani tendono ad attribuire i loro attacchi di panico a determinate situazioni stressanti (per es., un intervento medico o un ambiente sociale) e possono retrospettivamente avallare spiegazioni per l'attacco di panico anche se è stato inaspettato nel momento in cui si verificava. Questo può portare a sottostimare gli attacchi di panico inaspettati in individui più anziani.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Affettività negativa (nevroticismo), cioè la predisposizione a esperire emozioni negative, e sensibilità all'ansia, cioè la disposizione a credere che i sintomi dell'ansia siano nocivi, sono fattori di rischio per l'insorgenza degli attacchi di panico. Una storia di "fearful spells" (cioè attacchi paucisintomatici che non soddisfano pienamente i criteri per un attacco di panico) può essere un fattore di rischio per successivi attacchi di panico.

Fattori ambientali. Il fumo di sigaretta è un fattore di rischio per gli attacchi di panico e per il disturbo di panico. La maggior parte degli individui riferisce la presenza di eventi stressanti identificabili nei mesi precedenti il loro primo attacco di panico (per es., eventi stressanti interpersonali ed eventi stressanti legati al benessere fisico, come esperienze negative con sostanze illecite o prescritte, malattie, oppure morte in famiglia).

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Le interpretazioni culturali possono influenzare la classificazione degli attacchi di panico in attesi o inaspettati. Si possono osservare sintomi specifici per cultura (per es., tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollabili); tuttavia, tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti. La frequenza di ciascuno dei 13 sintomi varia tra le culture (per es., maggiori tassi di parestesie tra gli afroamericani e di vertigini in alcuni gruppi asiatici). Le sindromi culturali influenzano anche la presentazione cross-culturale degli attacchi di panico, producendo differenti profili sintomatologici presso i differenti gruppi culturali. Gli esempi comprendono attacchi *khyâl* (vento), una sindrome culturale cambogiana che implica vertigini, tinnito e dolore al collo; e gli attacchi *trúng gió* (correlati al vento), una sindrome culturale vietnamita associata a cefalee. L'*ataque de nervios* (attacco di nervi) è una sindrome culturale appartenente al gruppo latinoamericano che può comportare tremito, urla o pianto incontrollabili, comportamento aggressivo o suicidario e depersonalizzazio-

ne o derealizzazione, che può essere esperita più a lungo rispetto ai pochi minuti tipici degli attacchi di panico. Alcune manifestazioni cliniche di *ataque de nervios* soddisfano i criteri per condizioni diverse dall'attacco di panico (per es., disturbo dissociativo con altra specificazione). Inoltre, le aspettative culturali possono influenzare la classificazione degli attacchi di panico in attesi o inaspettati, dal momento che le sindromi culturali possono creare paura di determinate situazioni, dalle liti (associate all'*ataque de nervios*), a tipi di sforzo fisico (associati agli attacchi *khyâl*), al vento atmosferico (associato agli attacchi *trúng gió*). La chiarificazione dei dettagli delle attribuzioni culturali può essere di aiuto nel distinguere tra attacchi di panico attesi e inaspettati. Per maggiori informazioni sulle sindromi culturali, si rimanda al "Glossario dei concetti culturali di sofferenza" nell'Appendice.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Gli attacchi di panico sono più comuni nelle femmine rispetto ai maschi, ma le caratteristiche cliniche o sintomatologiche degli attacchi di panico non differiscono tra maschi e femmine.

Marker diagnostici

Registrazioni fisiologiche del naturale verificarsi di attacchi di panico in individui con disturbo di panico indicano un brusco aumento dell'attivazione neurovegetativa, di solito della frequenza cardiaca, che raggiungono il picco in pochi minuti e regrediscono in pochi minuti; per una parte di questi individui l'attacco di panico può essere preceduto da instabilità cardiorespiratorie.

Conseguenze funzionali dell'attacco di panico

Nel contesto di disturbi mentali concomitanti, tra cui disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi da uso di sostanze, disturbi psicotici e disturbi di personalità, gli attacchi di panico sono associati ad aumento della gravità dei sintomi, maggiori tassi di comorbilità e di suicidio e una minore risposta al trattamento. Inoltre, attacchi di panico completi sono tipicamente associati a una maggiore morbilità (per es., maggiore utilizzo dei servizi sanitari, maggiore disabilità, peggiore qualità della vita) rispetto agli attacchi paucisintomatici.

Diagnosi differenziale

Altri episodi parossistici (per es., "attacco di rabbia"). Gli attacchi di panico non dovrebbero essere diagnosticati se gli episodi non comportano le caratteristiche essenziali della comparsa improvvisa di paura o disagio intensi, ma piuttosto altri stati emotivi (per es., rabbia, dolore).

Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica. Condizioni mediche generali che possono causare attacchi di panico o essere erroneamente diagnosticate come tali includono ipertiroidismo, iperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunzioni vestibolari, disturbi convulsivi e condizioni cardiopolmonari (per es., aritmie, tachicardia sopraventricolare, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva). Esami di laboratorio appropriati (per es., calcemia per l'iperparatiroidismo, monitoraggio Holter per le aritmie) o l'esame obiettivo (per es., per le condizioni cardiache) possono essere utili a determinare il ruolo eziologico di un'altra condizione medica.

Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci. L'intossicazione da stimolanti del sistema nervoso centrale (per es., cocaina, amfetamine, caffeina) o da cannabis e l'astinenza da depressogeni del sistema nervoso centrale (per es., alcol, barbiturici) possono precipitare un attacco di panico. Dovrebbe essere raccolta un'anamnesi personale dettagliata per stabilire se l'individuo abbia avuto attacchi di panico prima dell'uso eccessivo di sostanze. Caratteristiche come l'esordio dopo i 45 anni o la presenza di sintomi atipici durante un attacco di panico (per es., vertigini, perdita di coscienza, perdita del controllo della vescica o degli sfinteri, disartria, amnesia) suggeriscono la possibilità che la causa dei sintomi dell'attacco di panico possa essere un'altra condizione medica o una sostanza.

Disturbo di panico. Ripetuti attacchi di panico inaspettati sono necessari ma non sufficienti per una diagnosi di disturbo di panico (cioè devono essere soddisfatti appieno i criteri diagnostici per il disturbo di panico).

Comorbilità

Gli attacchi di panico sono associati ad aumentata probabilità di comorbilità con altri disturbi mentali, tra cui disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi bipolari, disturbi del controllo degli impulsi e disturbi da uso di sostanze. Gli attacchi di panico sono associati ad aumentata probabilità di sviluppare in seguito disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi bipolari ed eventuali altri disturbi.

Agorafobia 300.22 (F40.00)

Criteri diagnostici

A. Paura o ansia marcate relative a due (o più) delle seguenti cinque situazioni:
   1. Utilizzo dei trasporti pubblici (per es., automobili, bus, treni, navi, aerei).
   2. Trovarsi in spazi aperti (per es., parcheggi, mercati, ponti).
   3. Trovarsi in spazi chiusi (per es., negozi, teatri, cinema).
   4. Stare in fila oppure tra la folla.
   5. Essere fuori casa da soli.

B. L'individuo teme o evita queste situazioni a causa di pensieri legati al fatto che potrebbe essere difficile fuggire oppure che potrebbe non essere disponibile soccorso nell'eventualità che si sviluppino sintomi simili al panico o altri sintomi invalidanti o imbarazzanti (per es., negli anziani paura di cadere, paura dell'incontinenza).

C. La situazione agorafobica provoca quasi sempre paura o ansia.

D. Le situazioni agorafobiche vengono attivamente evitate, o richiedono la presenza di un accompagnatore, o vengono sopportate con paura o ansia intense.

E. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo posto dalla situazione agorafobica e al contesto socioculturale.

F. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti, e durano tipicamente 6 mesi o più.

G. La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

H. Se è presente un'altra condizione medica (per es., sindrome dell'intestino irritabile, malattia di Parkinson), la paura, l'ansia o l'evitamento sono chiaramente eccessivi.

I. La paura, l'ansia o l'evitamento non sono meglio spiegati dai sintomi di un altro disturbo mentale: per esempio, i sintomi non sono limitati alla fobia specifica, tipo si-

tuazionale; non coinvolgono solamente situazioni sociali (come nel disturbo d'ansia sociale); e non sono legati esclusivamente a ossessioni (come nel disturbo ossessivo-compulsivo), a difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico (come nel disturbo di dismorfismo corporeo), a ricordi di eventi traumatici (come nel disturbo da stress post-traumatico), oppure a timore della separazione (come nel disturbo d'ansia di separazione).

Nota: L'agorafobia è diagnosticata indipendentemente dalla presenza di disturbo di panico. Se la presentazione di un individuo soddisfa i criteri per il disturbo di panico e per l'agorafobia, dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'agorafobia è paura o ansia marcate, o intense, innescata dalla reale o anticipata esposizione a un'ampia gamma di situazioni (Criterio A). La diagnosi richiede la presenza di sintomi che si verificano in almeno due delle seguenti cinque situazioni: 1) utilizzare i trasporti pubblici, come automobili, bus, treni, navi o aerei; 2) trovarsi in spazi aperti, come parcheggi, mercati o ponti; 3) trovarsi in spazi chiusi, come negozi, teatri o cinema; 4) stare in fila oppure essere tra la folla; oppure 5) essere fuori casa da soli. Gli esempi per ogni situazione non sono esaustivi; possono essere temute altre situazioni. Quando vengono esperite paura e ansia scatenate da tali situazioni, gli individui hanno tipicamente pensieri circa il fatto che potrebbe accadere qualcosa di terribile (Criterio B). Frequentemente gli individui pensano che potrebbe essere difficile fuggire da tali situazioni (per es., "non posso uscire da qui") oppure che potrebbe non essere disponibile soccorso (per es., "non c'è nessuno che possa aiutarmi") quando si verificano sintomi di panico o altri sintomi invalidanti o imbarazzanti. I "sintomi di panico" si riferiscono a qualunque dei 13 sintomi elencati nei criteri per l'attacco di panico, come vertigini, svenimento e paura di morire. "Altri sintomi invalidanti o imbarazzanti" comprendono sintomi come vomitare e sintomi dell'intestino irritabile, così come, negli adulti più anziani, la paura di cadere oppure, nei bambini, un senso di disorientamento e di sentirsi persi.

La quantità di paura esperita può variare in base alla prossimità della situazione temuta e può verificarsi in previsione oppure durante la reale presenza della situazione agorafobica. Inoltre, la paura o l'ansia possono prendere la forma di un attacco di panico completo o paucisintomatico (cioè un attacco di panico atteso). La paura o l'ansia sono evocate quasi ogni volta che l'individuo entra in contatto con la situazione temuta (Criterio C). Pertanto, un individuo che diventa solo occasionalmente ansioso in una situazione agorafobica (per es., diventa ansioso quando si trova in fila solo una volta su cinque) non riceverebbe la diagnosi di agorafobia. L'individuo evita attivamente la situazione oppure, se non è in grado di evitarla o decide di non evitarla, la situazione suscita paura o ansia intense (Criterio D). *Evitamento attivo* significa che l'individuo si comporta intenzionalmente in modo da prevenire o ridurre al minimo il contatto con le situazioni agorafobiche. L'evitamento può essere di natura comportamentale (per es., modificare la routine quotidiana, scegliere un lavoro nelle vicinanze per non utilizzare i trasporti pubblici, organizzare la consegna della spesa per evitare di entrare in negozi e supermercati), così come di natura cognitiva (per es., utilizzare una distrazione per affrontare situazioni agorafobiche). L'evitamento può diventare talmente grave che la persona si ritrova costretta in casa. Spesso un individuo ha maggiori capacità di affrontare una situazione temuta quando viene accompagnato da qualcuno, come un partner, un amico o un professionista della salute.

La paura, l'ansia o l'evitamento devono essere sproporzionati rispetto al reale pericolo posto dalla situazione agorafobica e al contesto socioculturale (Criterio E). La distinzione tra paure agorafobiche clinicamente significative e paure ragionevoli (per es., uscire di casa durante un forte temporale) oppure situazioni ritenute pericolose (per es., camminare in un parcheggio oppure utilizzare i trasporti pubblici in un'area a elevata criminalità) è importante per molte ragioni. In primo luogo, l'evitamento può essere difficile da giudicare in culture e contesti socioculturali differenti (per es., in alcune parti del mondo è socioculturalmente appropriato che le donne musulmane ortodosse evitino di uscire di casa da sole, e quindi tale evitamento non sarebbe considerato indicativo di agorafobia). In secondo luogo, è probabile che gli adulti più anziani tendano ad attribuire le proprie paure a limiti legati all'età e siano meno inclini a giudicare le proprie paure come sproporzionate rispetto al reale rischio. In terzo luogo, gli individui con agorafobia sono più inclini a sovrastimare il pericolo in relazione ai sintomi di panico o ad altri sintomi somatici. L'agorafobia dovrebbe essere diagnosticata solo se la paura, l'ansia o l'evitamento persistono (Criterio F) e se questo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio G). Il criterio "durano tipicamente 6 mesi o più" è inteso a escludere gli individui con problemi transitori e di breve durata. Tuttavia, il criterio della durata dovrebbe essere utilizzato unicamente come guida generale e dovrebbe essere ammesso un certo grado di flessibilità.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Nelle sue forme più gravi, l'agorafobia può rendere gli individui costretti in casa, incapaci di uscire e dipendenti dagli altri per servizi o assistenza per provvedere anche alle necessità di base. Sono comuni demoralizzazione e sintomi depressivi, così come abuso di alcol e farmaci sedativi come strategie inappropriate di automedicazione.

Prevalenza

Ogni anno, circa l'1,7% degli adolescenti e adulti riceve una diagnosi di agorafobia. Le femmine hanno il doppio di possibilità rispetto ai maschi di soffrire di agorafobia. L'agorafobia può verificarsi in età infantile, ma il picco di incidenza si ha nella tarda adolescenza e nella prima età adulta. I tassi di prevalenza a 12 mesi in individui con più di 65 anni è dello 0,4%. I tassi di prevalenza non sembrano variare sistematicamente tra gruppi culturali/razziali.

Sviluppo e decorso

La percentuale di individui con agorafobia che riferiscono attacchi di panico o disturbo di panico precedente l'esordio dell'agorafobia varia dal 30% nei campioni di popolazione a più del 50% nei campioni clinici. La maggior parte degli individui con disturbo di panico mostra segni di ansia e agorafobia prima dell'esordio del disturbo di panico.

In due terzi di tutti i casi di agorafobia, l'esordio iniziale avviene prima dei 35 anni. Vi è un sostanziale rischio di incidenza nella tarda adolescenza e nella prima età adulta, con indicazioni per una seconda fase di rischio di incidenza dopo i 40 anni. Il primo esordio in età infantile è raro. La media generale di età di esordio dell'agorafobia è di 17 anni, anche se l'età di esordio senza precedenti attacchi di panico o disturbo di panico è di 25-29 anni.

Il decorso dell'agorafobia è tipicamente persistente e cronico. La remissione completa è rara (10%), a meno che l'agorafobia non sia trattata. Quando l'agorafobia è più grave, i tassi di remissione completa diminuiscono, mentre aumentano i tassi di ricaduta e di cronicità. Una serie di altri disturbi, in particolare disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi da uso di sostanze e disturbi di personalità, possono complicare il decorso dell'agorafobia. Il decorso a lungo termine e gli esiti dell'agorafobia sono associati a un rischio sostanzialmente elevato di disturbo depressivo maggiore secondario, disturbo depressivo persistente (distimia) e disturbi da uso di sostanze.

Le caratteristiche cliniche dell'agorafobia sono relativamente coerenti durante l'arco di vita, anche se il tipo di situazioni agorafobiche che innescano la paura, l'ansia o l'evitamento, così come il tipo di pensieri, possono variare. Per esempio, nei bambini, essere fuori casa da soli è la situazione temuta più di frequente, mentre gli adulti più anziani hanno paura a stare all'interno di negozi, in fila e in spazi aperti. Inoltre, i pensieri riguardano spesso il perdersi (nei bambini), l'esperire sintomi di panico (negli adulti), il cadere (negli anziani).

La bassa prevalenza di agorafobia nei bambini potrebbe riflettere le difficoltà nel riportare i sintomi, e quindi per la valutazione dei bambini piccoli può essere necessario ottenere informazioni da varie fonti, tra cui genitori o insegnanti. Gli adolescenti, in particolare i maschi, possono essere meno disposti rispetto agli adulti a parlare apertamente delle paure e dell'evitamento agorafobici; tuttavia, l'agorafobia può verificarsi prima dell'età adulta e dovrebbe essere valutata nei bambini e adolescenti. Gli adulti più anziani menzionano frequentemente comorbilità con disturbi da sintomi somatici, così come disturbi motori (per es., sensazione di cadere o di avere delle complicazioni mediche), come ragioni della paura e dell'evitamento. In questi casi, bisogna valutare con molta attenzione se la paura e l'evitamento sono sproporzionati rispetto al reale pericolo.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. L'inibizione comportamentale e la disposizione nevrotica (cioè affettività negativa [nevroticismo] e sensibilità all'ansia) sono strettamente associate all'agorafobia ma sono rilevanti per la maggior parte dei disturbi d'ansia (disturbi fobici, disturbi di panico, disturbi d'ansia generalizzata). Anche la sensibilità all'ansia (la disposizione a credere che i sintomi dell'ansia siano dannosi) è caratteristica degli individui con agorafobia.

Fattori ambientali. Eventi negativi in età infantile (per es., separazione, morte di un genitore) e altri eventi stressanti, come essere attaccati o aggrediti, sono associati all'insorgenza dell'agorafobia. Inoltre, gli individui con agorafobia descrivono il clima familiare e il comportamento di allevamento dei figli come caratterizzato da ridotto calore e aumentata iperprotettività.

Fattori genetici e fisiologici. L'ereditabilità dell'agorafobia è del 61%. Di tutte le fobie, l'agorafobia ha la più forte e più specifica associazione con il fattore genetico che costituisce la predisposizione alle fobie.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le femmine hanno pattern differenti di disturbi in comorbilità rispetto ai maschi. Coerentemente con le differenze di genere nella prevalenza dei disturbi mentali, i maschi hanno maggiori tassi di comorbilità con disturbi da uso di sostanze.

Conseguenze funzionali dell'agorafobia

L'agorafobia è associata a una considerevole compromissione e disabilità in termini di funzionamento di ruolo, produttività lavorativa e giorni di malattia. La gravità dell'agorafobia è una forte determinante del grado di disabilità, indipendentemente dalla presenza di comorbilità con il disturbo di panico e con altre condizioni. Più di un terzo degli individui con agorafobia sono costretti in casa e incapaci di lavorare.

Diagnosi differenziale

Quando sono soddisfatti appieno i criteri per l'agorafobia e per un altro disturbo, dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi, a meno che la paura, l'ansia o l'evitamento dell'agorafobia non siano attribuibili a un altro disturbo. In alcuni casi possono essere d'aiuto la ponderazione dei criteri e il giudizio clinico.

Fobia specifica, tipo situazionale. Differenziare l'agorafobia dalla fobia specifica situazionale può essere difficile in alcuni casi, perché queste condizioni condividono numerose caratteristiche sintomatologiche e parecchi criteri. La fobia specifica, tipo situazionale, dovrebbe essere diagnosticata al posto dell'agorafobia quando la paura, l'ansia o l'evitamento sono limitati a una delle situazioni agorafobiche. Il requisito che siano presenti paure in due o più delle situazioni agorafobiche è un mezzo affidabile per differenziare l'agorafobia dalle fobie specifiche, in particolare il sottotipo situazionale. Ulteriori caratteristiche di differenziazione includono l'ideazione cognitiva. Pertanto, se la situazione è temuta per ragioni diverse da sintomi di panico o altri sintomi invalidanti o imbarazzanti (per es., paura di essere danneggiato direttamente dalla situazione stessa, come la paura di un incidente aereo per individui che hanno paura di volare), allora può essere più appropriata una diagnosi di fobia specifica.

Disturbo d'ansia di separazione. Il disturbo d'ansia di separazione può essere differenziato al meglio dall'agorafobia esaminando l'ideazione cognitiva. Nel disturbo d'ansia di separazione, i pensieri riguardano il distacco dalle figure significative e dall'ambiente casalingo (cioè genitori o altre figure di attaccamento), mentre nell'agorafobia l'attenzione è focalizzata su sintomi di panico o altri sintomi invalidanti o imbarazzanti nella situazione temuta.

Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale). L'agorafobia dovrebbe essere distinta dal disturbo d'ansia sociale primariamente sulla base dell'insieme delle situazioni che scatenano paura, ansia o evitamento e l'ideazione cognitiva. Nel disturbo d'ansia sociale, l'attenzione è focalizzata sulla paura di essere valutati negativamente.

Disturbo di panico. Quando sono soddisfatti i criteri per un disturbo di panico, l'agorafobia non dovrebbe essere diagnosticata se i comportamenti di evitamento associati agli attacchi di panico non si estendono all'evitamento di due o più delle situazioni agorafobiche.

Disturbo da stress acuto e disturbo da stress post-traumatico. Il disturbo da stress acuto e il disturbo da stress post-traumatico (DSPT) possono essere distinti dall'agorafobia esaminando se la paura, l'ansia o l'evitamento sono legati solo alle situazioni che ricordano all'individuo un evento traumatico. Se la paura, l'ansia o l'evitamento sono limitati a ricordi del trauma, e se il comportamento di evitamento non si estende a due o più delle situazioni agorafobiche, allora non è giustificata una diagnosi di agorafobia.

Disturbo depressivo maggiore. Nel disturbo depressivo maggiore, l'individuo può evitare di lasciare l'abitazione per apatia, perdita delle energie, bassa autostima e anedonia. Se l'evitamento non è legato a paure di sintomi di panico o di altri sintomi invalidanti o imbarazzanti, allora l'agorafobia non dovrebbe essere diagnosticata.

Altre condizioni mediche. L'agorafobia non viene diagnosticata se l'evitamento di situazioni è ritenuto una conseguenza fisiologica di una condizione medica. Questa determinazione è basata sulla storia, su reperti di laboratorio e sull'esame fisico. Altre condizioni mediche rilevanti possono includere disturbi neurodegenerativi con associati disturbi motori (per es., malattia di Parkinson, sclerosi multipla), così come disturbi cardiovascolari. Gli individui con certe condizioni mediche possono evitare alcune situazioni per preoccupazioni realistiche di trovarsi in difficoltà (per es., svenire per un individuo con attacchi ischemici transitori) o di essere imbarazzati (per es., diarrea per un individuo con morbo di Crohn). La diagnosi di agorafobia dovrebbe essere posta soltanto se la paura o l'evitamento sono chiaramente eccessivi rispetto a quanto di solito associato a tali condizioni mediche.

Comorbilità

La maggior parte degli individui con agorafobia hanno anche altri disturbi mentali in comorbilità. Le diagnosi aggiuntive più frequenti sono altri disturbi d'ansia (per es., fobie specifiche, disturbo di panico, disturbo d'ansia sociale), disturbi depressivi (disturbo depressivo maggiore), DSPT e disturbo da uso di alcol. Mentre gli altri disturbi d'ansia (per es., disturbo d'ansia di separazione, fobie specifiche, disturbo di panico) precedono frequentemente l'esordio dell'agorafobia, i disturbi depressivi e i disturbi da uso di sostanze sono tipicamente secondari all'agorafobia.

Disturbo d'ansia generalizzata 300.02 (F41.1)

Criteri diagnostici

A. Ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).

B. L'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.

C. L'ansia e la preoccupazione sono associate a tre (o più) dei sei seguenti sintomi (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi).

Nota: Nei bambini è richiesto solo un item.

1. Irrequietezza, o sentirsi tesi/e, "con i nervi a fior di pelle".
2. Facile affaticamento.
3. Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria.
4. Irritabilità.
5. Tensione muscolare.
6. Alterazioni del sonno (difficoltà a addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).

D. L'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo).

F. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale (per es., l'ansia o il timore di avere attacchi di panico nel disturbo di panico, la valutazione negativa nel disturbo d'ansia sociale [fobia sociale], la contaminazione o altre ossessioni nel disturbo ossessivo-compulsivo, la separazione dalle figure di attaccamento nel disturbo d'ansia di separazione, i ricordi di eventi traumatici nel disturbo da stress post-traumatico, il prendere peso nell'anoressia nervosa, le lamentele fisiche nel disturbo da sintomi somatici, i difetti percepiti nell'aspetto fisico nel disturbo di dismorfismo corporeo, l'avere una grave malattia nel disturbo da ansia di malattia, oppure il contenuto di convinzioni deliranti nella schizofrenia o nel disturbo delirante).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo d'ansia generalizzata è la presenza di ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive relative a una quantità di eventi o attività. L'intensità, la durata o la frequenza dell'ansia e della preoccupazione sono eccessive rispetto alla reale probabilità o impatto dell'evento temuto. L'individuo ha difficoltà a controllare la preoccupazione e a impedire che i pensieri preoccupanti interferiscano con l'attenzione ai compiti che sta svolgendo. Gli adulti con disturbo d'ansia generalizzata spesso si preoccupano per circostanze quotidiane, routinarie, come responsabilità lavorative, questioni economiche, salute dei familiari, disgrazie che possono capitare ai propri figli oppure piccole cose (per es., svolgere le faccende domestiche o far tardi agli appuntamenti). I bambini con disturbo d'ansia generalizzata tendono a preoccuparsi eccessivamente per le proprie capacità o per la qualità delle proprie prestazioni. Nel corso del disturbo, il focus della preoccupazione può spostarsi da un oggetto a un altro.

Numerose caratteristiche distinguono il disturbo d'ansia generalizzata dall'ansia non patologica. In primo luogo, le preoccupazioni associate al disturbo d'ansia generalizzata sono eccessive e interferiscono tipicamente in modo significativo con il funzionamento psicosociale, mentre le preoccupazioni della vita quotidiana non sono eccessive e sono percepite come più maneggevoli, e possono essere messe da parte quando sorgono questioni più pressanti. In secondo luogo, le preoccupazioni associate al disturbo d'ansia generalizzata sono più pervasive, più pronunciate e più angoscianti; hanno una maggiore durata; e si verificano frequentemente senza fattori scatenanti. Quanto maggiore è la gamma di circostanze di vita che preoccupa una persona (per es., finanze, sicurezza dei bambini, prestazione lavorativa), tanto maggiori sono le probabilità che i sintomi manifestati soddisfino i criteri per il disturbo d'ansia generalizzata. In terzo luogo, le preoccupazioni della vita quotidiana hanno minore probabilità di essere accompagnate da sintomi fisici (per es., irrequietezza o sentirsi tesi/e, "con i nervi a fior di pelle"). Gli individui con disturbo d'ansia generalizzata riferiscono un disagio soggettivo dovuto alla preoccupazione costante e correlata compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

L'ansia e la preoccupazione sono accompagnate da almeno tre dei seguenti sintomi aggiuntivi: irrequietezza, o sentirsi tesi/e, "con i nervi a fior di pelle"; facile affaticamento; difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria; irritabilità; tensione muscolare e alterazioni del sonno, sebbene nei bambini sia richiesto un solo sintomo aggiuntivo.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Insieme alla tensione muscolare possono essere presenti tremori, contratture, scosse e dolenzia o dolori muscolari. Molti individui con disturbo d'ansia generalizzata presentano anche sintomi somatici (per es., sudorazione, nausea, diarrea) e reazioni di allarme.

esagerate. I sintomi di iperattivazione vegetativa (per es., aumentato ritmo cardiaco, dispnea, vertigini) sono meno cospicui che in altri disturbi d'ansia, come il disturbo di panico. Altre condizioni che possono essere associate allo stress (per es., sindrome dell'intestino irritabile, cefalee) accompagnano frequentemente il disturbo d'ansia generalizzata.

Prevalenza

La prevalenza a 12 mesi del disturbo d'ansia generalizzata è dello 0,9% tra gli adolescenti e del 2,9% tra gli adulti nella popolazione generale degli Stati Uniti. La prevalenza a 12 mesi per il disturbo in altri paesi varia dallo 0,4 al 3,6%. Il rischio di morbilità nell'arco di vita è del 9%. Le femmine hanno il doppio di probabilità di soffrire del disturbo d'ansia generalizzata. La prevalenza della diagnosi raggiunge il picco nella mezza età e diminuisce durante gli anni successivi.

Gli individui di origine europea tendono a manifestare il disturbo d'ansia generalizzata molto più frequentemente rispetto a individui di origine non europea (cioè asiatici, africani, indiani d'America e nativi delle isole del Pacifico). Inoltre, gli individui dei paesi industrializzati hanno più probabilità di riferire sintomi che soddisfano i criteri del disturbo d'ansia generalizzata nell'arco della vita rispetto a individui provenienti da paesi non industrializzati.

Sviluppo e decorso

Molti individui con disturbo d'ansia generalizzata riferiscono di essersi sentiti ansiosi e nervosi per tutta la vita. L'età media di insorgenza del disturbo d'ansia generalizzata è di 30 anni; tuttavia, l'età di insorgenza è distribuita lungo una gamma molto ampia. L'età media di insorgenza è più tardiva rispetto a quella degli altri disturbi d'ansia. I sintomi di preoccupazione e ansia eccessive possono verificarsi in un periodo precoce della vita ma vengono in seguito manifestati come un temperamento ansioso. L'insorgenza del disturbo si verifica raramente prima dell'adolescenza. I sintomi del disturbo d'ansia generalizzata tendono a essere cronici e hanno un andamento altalenante durante l'arco di vita, fluttuando tra forme sindromiche e subsindromiche del disturbo. I tassi di remissione completa sono molto bassi.

L'espressione clinica del disturbo d'ansia generalizzata è relativamente coerente durante l'arco di vita. La differenza primaria tra le fasce di età consiste nel contenuto delle preoccupazioni dell'individuo. Bambini e adolescenti tendono a preoccuparsi soprattutto della scuola e delle loro prestazioni sportive, mentre gli adulti più anziani riferiscono maggiore preoccupazione per il benessere della famiglia o della propria salute fisica. Pertanto, il contenuto della preoccupazione di un individuo tende a essere appropriato all'età. Giovani adulti esperiscono maggiore gravità dei sintomi rispetto a adulti più anziani.

Quanto prima nella vita gli individui mostrano sintomi che soddisfano i criteri per il disturbo d'ansia generalizzata, tanto più tenderanno a presentare comorbilità e maggiore compromissione. L'avvento di una patologia fisica cronica può essere un elemento centrale per un'eccessiva preoccupazione negli anziani. Negli anziani fragili, le preoccupazioni circa la sicurezza – e specialmente relative al cadere – possono limitare le attività. In coloro che hanno una compromissione cognitiva precoce, ciò che sembra un'eccessiva preoccupazione riguardante, per esempio, il posto dove si trovano gli oggetti è probabilmente da considerarsi realistica, visto il deterioramento cognitivo.

Nei bambini e negli adolescenti con disturbo d'ansia generalizzata, le ansie e le preoccupazioni spesso riguardano la qualità delle prestazioni o la competenza a scuola o negli eventi sportivi, anche quando la prestazione non viene valutata da altri. Possono esservi preoccupazioni eccessive per la puntualità. Possono anche preoccuparsi per eventi catastrofici, come terremoti o la guerra nucleare. I bambini con questo disturbo possono essere eccessivamente conformisti, perfezionisti e insicuri di se stessi, e tendono a rifare le cose a causa di un'eccessiva insoddisfazione per prestazioni meno che perfette. Sono tipicamente zelanti nel cercare approvazione e richiedono eccessiva rassicurazione riguardo alle proprie prestazioni e alle altre cose per cui si preoccupano.

Il disturbo d'ansia generalizzata nei bambini può essere sovradiagnosticato. Nel considerare questa diagnosi, si dovrebbe valutare accuratamente la presenza di altri disturbi d'ansia dell'infanzia per stabilire se le preoccupazioni possono essere meglio spiegate da uno di questi disturbi. Il disturbo d'ansia di separazione, il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) e il disturbo ossessivo-compulsivo sono spesso accompagnati da preoccupazioni che possono mimare quelle descritte nel disturbo d'ansia generalizzata. Per esempio, un bambino con disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) può preoccuparsi della prestazione scolastica per timore dell'umiliazione. Anche le preoccupazioni per le malattie possono essere meglio spiegate da un disturbo d'ansia di separazione o da un disturbo ossessivo-compulsivo.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. L'inibizione comportamentale, l'affettività negativa (nevroticismo) e l'evitamento del danno sono stati associati al disturbo d'ansia generalizzata.

Fattori ambientali. Anche se le avversità infantili e l'iperprotettività genitoriale sono state associate al disturbo d'ansia generalizzata, non sono stati individuati fattori ambientali del disturbo d'ansia generalizzata specifici, né necessari o sufficienti per porre la diagnosi.

Fattori genetici e fisiologici. Un terzo del rischio di soffrire di disturbo d'ansia generalizzata è genetico, e tali fattori genetici si sovrappongono al rischio di nevroticismo e sono condivisi con altri disturbi d'ansia e dell'umore, in particolare il disturbo depressivo maggiore.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Nell'espressione del disturbo d'ansia generalizzata vi è una considerevole variabilità culturale. Per esempio, in alcune culture predominano i sintomi somatici, mentre in altre prevalgono i sintomi cognitivi. Tale differenza può essere più evidente nella presentazione iniziale piuttosto che in seguito, quando vengono riferiti più sintomi nel corso del tempo. Non vi sono informazioni sul fatto che la propensione per l'eccessiva preoccupazione sia legata alla cultura, anche se il tema della preoccupazione può essere specifico per cultura. Quando si valuta se le preoccupazioni riguardanti certe situazioni siano eccessive, è importante considerare il contesto culturale.

Aspetti diagnostici correlati al genere

In ambito clinico, il disturbo viene diagnosticato un po' più frequentemente nelle donne rispetto agli uomini (circa il 55-60% di coloro che presentano il disturbo sono donne). Negli studi epidemiologici la distribuzione tra i sessi vede la presenza di circa due terzi di donne. Donne e uomini che soffrono di disturbo d'ansia generalizzata sembrano avere sintomi simili, ma mostrano differenti pattern di comorbilità coerenti con le differenze di genere nella prevalenza dei disturbi. Nelle donne, la comorbilità è largamente confinata ai disturbi d'ansia e alla depressione unipolare, mentre negli uomini è più probabile che la comorbilità si estenda anche al disturbo da uso di sostanze.

Conseguenze funzionali del disturbo d'ansia generalizzata

L'eccessiva preoccupazione compromette la capacità dell'individuo di svolgere compiti velocemente e in maniera efficiente, sia in casa sia sul posto di lavoro. La preoccupazione richiede tempo ed energia; i sintomi associati di tensione muscolare e di sentirsi tesi/e, "con i nervi a fior di pelle", stanchezza, difficoltà di concentrazione e sonno disturbato contribuiscono alla compromissione. È importante sottolineare che l'eccessiva preoccupazione può compromettere la capacità degli individui con disturbo d'ansia generalizzata di incoraggiare nei figli la sicurezza in se stessi.

Il disturbo d'ansia generalizzata è associato a disabilità e disagio significativi che sono indipendenti da altri disturbi in comorbilità, e la maggior parte degli adulti con questo disturbo non ospedalizzati hanno una disabilità da moderata a grave. Nella popolazione statunitense, il disturbo d'ansia generalizzata è responsabile di 110 milioni di giorni di malattia all'anno.

Diagnosi differenziale

Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica. La diagnosi di disturbo d'ansia associata a un'altra condizione medica dovrebbe essere posta se, in base all'anamnesi, ai dati di laboratorio e all'esame obiettivo, si giudica che l'ansia e le preoccupazioni dell'individuo rappresentino la conseguenza fisiologica di una specifica condizione medica (per es., feocromocitoma, ipertiroidismo).

Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci. Un disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci si distingue dal disturbo d'ansia generalizzata poiché si ritiene che una sostanza (per es., una droga, l'esposizione a una tossina) sia correlata eziologicamente al disturbo d'ansia. Per esempio, una grave ansia che si manifesta soltanto nel contesto di un forte consumo di caffè andrebbe diagnosticata come disturbo d'ansia indotto da caffeina.

Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale). Gli individui con disturbo d'ansia sociale mostrano spesso ansia anticipatoria che si concentra sulle imminenti situazioni sociali in cui devono esibirsi oppure essere valutati da altri, mentre gli individui con disturbo d'ansia generalizzata sono preoccupati, che siano o non siano oggetto di valutazione.

Disturbo ossessivo-compulsivo. Diverse caratteristiche distinguono la preoccupazione eccessiva del disturbo d'ansia generalizzata dai pensieri ossessivi del disturbo ossessivo-compulsivo. Nel disturbo d'ansia generalizzata, il focus della preoccupazione riguarda problemi imminenti, ed è l'eccessiva preoccupazione circa gli eventi futuri a essere anormale. Nel disturbo ossessivo-compulsivo, le ossessioni sono idee inappropriate che prendono la forma di pensieri, impulsi o immagini intrusivi e indesiderati.

Disturbo da stress post-traumatico e disturbi dell'adattamento. L'ansia è invariabilmente presente nel disturbo da stress post-traumatico. Non si pone diagnosi di disturbo d'ansia generalizzata se l'ansia e la preoccupazione sono meglio spiegate dai sintomi del disturbo da stress post-traumatico. L'ansia può anche essere presente nei disturbi dell'adattamento, ma questa categoria residua dovrebbe essere utilizzata solo quando non risultano soddisfatti i criteri per nessun altro disturbo (incluso il disturbo d'ansia generalizzata). Inoltre, nei disturbi dell'adattamento, l'ansia si manifesta in risposta a un fattore stressante identificabile entro tre mesi dal suo esordio, e non persiste per più di 6 mesi dopo la scomparsa del fattore stressante o delle sue conseguenze.

Disturbi depressivo, bipolare e psicotico. L'ansia/preoccupazione generalizzata è una caratteristica associata comune ai disturbi depressivo, bipolare e psicotico, e non si dovrebbe diagnosticare separatamente se la preoccupazione eccessiva si è manifestata esclusivamente durante il decorso di queste condizioni.

Comorbilità

Gli individui la cui presentazione soddisfa i criteri per il disturbo d'ansia generalizzata hanno la probabilità di aver soddisfatto, oppure di soddisfare attualmente, i criteri per altri disturbi d'ansia e disturbo depressivo unipolare. Il nevroticismo o la labilità emotiva sottesi a questo pattern di comorbilità è associato ad antecedenti temperamentali e a fattori di rischio genetici e ambientali condivisi da questi disturbi, nonostante siano possibili percorsi evolutivi indipendenti. La comorbilità con disturbo da uso di sostanze, disturbo della condotta, disturbo psicotico, disturbo del neurosviluppo e disturbo neurocognitivo è meno comune.

Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci

Criteri diagnostici

A. Nel quadro clinico predominano attacchi di panico o ansia.

B. Sono evidenti dall'anamnesi, dall'esame obiettivo o dai dati di laboratorio entrambi gli elementi 1) e 2):

   1. I sintomi di cui al Criterio A sono comparsi durante o subito dopo l'intossicazione o l'astinenza da sostanze, o dopo l'assunzione di un farmaco.
   2. La sostanza/farmaco coinvolta/o è in grado di produrre i sintomi di cui al Criterio A.

C. La condizione non risulta meglio spiegata da un disturbo d'ansia non indotto da sostanze/farmaci. Le evidenze di un disturbo d'ansia indipendente potrebbero essere le seguenti:

   i sintomi precedono l'esordio dell'uso di sostanze/farmaci; i sintomi persistono per un periodo di tempo considerevole (per es., circa 1 mese) dopo il termine dell'astinenza acuta o dell'intossicazione grave; oppure vi sono altre evidenze che suggeriscono l'esistenza di un disturbo d'ansia indipendente non indotto da sostanze/farmaci (per es., anamnesi di episodi ricorrenti non correlati all'uso di sostanze).

D. La condizione non si manifesta esclusivamente nel corso di un delirium.

E. La condizione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota: Si dovrebbe porre questa diagnosi anziché quella di intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze solo quando i sintomi del Criterio A predominano nel quadro clinico e sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica.

Nota di codifica: I codici ICD-9-CM e ICD-10-CM per i disturbi d'ansia indotti da [specifica sostanza/farmaco] sono indicati nella tabella sottostante. Si noti che il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, in comorbilità un disturbo da uso di sostanze per la stessa classe di sostanze. Se vi è un disturbo da uso di sostanze lieve in comorbilità con il disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci, il carattere in 4ª posizione è "1" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] lieve" prima del disturbo d'ansia indotto da sostanze (per es., "disturbo da uso di cocaina lieve con disturbo d'ansia indotto da cocaina"). Se vi è un disturbo da uso di sostanze moderato o grave in comorbilità con il disturbo d'ansia indotto da sostanze, il carattere in 4ª posizione è "2" e

il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] moderato" oppure "disturbo da uso di [sostanza] grave". Se non vi è un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., dopo l'uso pesante della sostanza una sola volta), allora il carattere in 4ª posizione è "9", e il clinico dovrebbe registrare solo il disturbo d'ansia indotto da sostanze.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Con disturbo da uso, lieve	Con disturbo da uso, moderato o grave	Senza disturbo da uso
Alcol	291.89	F10.180	F10.280	F10.980
Caffeina	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cannabis	292.89	F12.180	F12.280	F12.980
Fenciclidina	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Altri allucinogeni	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Inalanti	292.89	F18.180	F18.280	F18.980
Oppiacei	292.89	F11.188	F11.288	F11.988
Sedativi, ipnotici o ansiolitici	292.89	F13.180	F13.280	F13.980
Amfetamina (o altri stimolanti)	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaina	292.89	F14.180	F14.280	F14.980
Altro (o sconosciuto)	292.89	F19.180	F19.280	F19.980

Specificare se (si veda Tabella 1 nel capitolo "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction" per le diagnosi associate alla classe di sostanze):

Con esordio durante l'intossicazione: Questo specificatore si applica se risultano soddisfatti i criteri per l'intossicazione con la sostanza e se i sintomi compaiono durante l'intossicazione.

Con esordio durante l'astinenza: Questo specificatore si applica se risultano soddisfatti i criteri per l'astinenza dalla sostanza e se i sintomi compaiono durante, o poco dopo, l'astinenza.

Con esordio dopo l'uso di un farmaco: I sintomi possono comparire sia all'inizio dell'uso del farmaco sia in seguito a una modificazione o a un cambiamento nell'uso.

Procedure di registrazione

ICD-9-CM. La denominazione del disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci inizia con la sostanza specifica (per es., cocaina, salbutamolo) che si suppone stia causando i sintomi di ansia. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, la quale si basa sulla classe farmacologica. Per le sostanze che non rientrano in alcuna classe (per es., salbutamolo), si dovrebbe utilizzare il codice "altre sostanze"; nei casi in cui si ritiene che una sostanza rappresenti il fattore eziologico, ma non si conosce la sostanza specifica o la classe di sostanze, dovrebbe essere utilizzata la categoria "sostanza sconosciuta".

Il nome del disturbo è seguito dalla specificazione dell'esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza, con esordio durante l'uso di un farmaco). A differenza delle procedure di registrazione dell'ICD-10-CM, che combinano il disturbo indotto da sostanze e il disturbo da uso di sostanze all'interno di un unico codice, per l'ICD-9-CM viene dato un codice diagnostico separato per il disturbo da uso di sostanze. Per esempio, nel caso di sintomi di ansia che si manifestano durante astinenza in un uomo con un grave disturbo da uso di lorazepam, la diagnosi è 292.89 disturbo d'ansia indotto da lorazepam, con esordio durante l'astinenza. Viene posta anche una diagnosi aggiuntiva di 304.10 grave disturbo da uso di lorazepam. Quando si ritiene che più di una sostanza giochi un ruolo significativo nello sviluppo dei sintomi di ansia, ognuna di esse dovrebbe essere elencata separatamente (per es., 292.89 disturbo d'ansia indotto da metilfenidato, con esordio durante intossicazione; 292.89 disturbo d'ansia indotto da salbutamolo, con esordio successivo all'uso del farmaco).

ICD-10-CM. La denominazione del disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci inizia con la sostanza specifica (per es., cocaina, salbutamolo) che si suppone stia causando i sintomi di ansia. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, la quale si basa sulla classe farmacologica e sulla presenza o assenza di una comorbilità con un disturbo da uso di sostanze. Per le sostanze che non rientrano in alcuna classe (per es., salbutamolo), si dovrebbe utilizzare il codice "altre sostanze"; nei casi in cui si ritiene che una sostanza rappresenti il fattore eziologico, ma non si conosce la sostanza specifica o la classe di sostanze, dovrebbe essere utilizzata la categoria "sostanza sconosciuta".

Quando si registra il nome del disturbo, il disturbo da uso di sostanze in comorbilità (se presente) viene elencato per primo, seguito dal termine *con*, seguito dal nome del disturbo d'ansia indotto da sostanze, seguito dalla specificazione dell'esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza, con esordio dopo l'uso di un farmaco). Per esempio, nel caso di sintomi di ansia che si manifestano in un uomo con disturbo da uso di lorazepam grave, la diagnosi è F13.280 disturbo da uso di lorazepam grave con disturbo d'ansia indotto da lorazepam, con esordio durante l'astinenza. Non viene posta una diagnosi separata del disturbo da uso di lorazepam grave in comorbilità. Se il disturbo d'ansia indotto da sostanze si verifica in assenza di un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., dopo l'uso pesante della sostanza una sola volta), non viene annotato nessun disturbo da uso di sostanze di accompagnamento (per es., F16.980 disturbo d'ansia indotto da psilocibina, con esordio durante l'intossicazione). Quando si ritiene che più di una sostanza giochi un ruolo significativo nello sviluppo dei sintomi di ansia, ognuna di esse dovrebbe essere elencata separatamente (per es., F15.280 disturbo da uso di metilfenidato grave con disturbo d'ansia indotto da metilfenidato, con esordio durante l'intossicazione; F19.980 disturbo d'ansia indotto da salbutamolo, con esordio dopo l'uso del farmaco).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci sono rilevanti sintomi di panico o ansia (Criterio A) che si ritengono dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza (cioè una droga, un farmaco o l'esposizione a una tossina). I sintomi di panico o ansia devono essersi sviluppati durante o subito dopo l'intossicazione o l'astinenza da sostanze, o in seguito all'assunzione di un farmaco, e le sostanze o i farmaci devono essere in grado di produrre i sintomi (Criterio B2).

Il disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci dovuto a un trattamento prescritto per un disturbo mentale oppure per un'altra condizione medica deve avere il proprio esordio mentre l'individuo sta prendendo il farmaco (oppure durante l'astinenza, se l'astinenza è

associata al farmaco). Una volta che il farmaco viene interrotto, i sintomi di panico o ansia tendono solitamente a migliorare o a scomparire entro qualche giorno o settimana fino a un mese (a seconda dell'emivita della sostanza/farmaco e della presenza di astinenza).

La diagnosi di disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci non dovrebbe essere posta se l'esordio dei sintomi di panico o ansia precede l'intossicazione o l'astinenza dalla sostanza o dal farmaco, oppure se i sintomi persistono per un considerevole periodo di tempo (cioè solitamente più di 1 mese) dal periodo di grave intossicazione o astinenza. Se i sintomi di panico o ansia persistono per periodi di tempo considerevoli, dovrebbero essere considerate altre cause per i sintomi.

La diagnosi di disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci dovrebbe essere posta in luogo di una diagnosi di intossicazione da sostanze o di astinenza da sostanze solo quando i sintomi del Criterio A sono predominanti nel quadro clinico e sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica indipendente.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il panico o l'ansia possono manifestarsi in associazione all'intossicazione per le seguenti classi di sostanze: alcol, caffeina, cannabis, fenciclidina, altri allucinogeni, inalanti, stimolanti (inclusa la cocaina) e sostanze di altro tipo o sconosciute. Il panico o l'ansia possono manifestarsi in associazione all'astinenza per le seguenti classi di sostanze: alcol, oppiacei, sedativi, ipnotici e ansiolitici, stimolanti (inclusa la cocaina) e sostanze di altro tipo o sconosciute. Tra i farmaci che evocano sintomi di ansia ci sono anestetici e analgesici, simpaticomimetici o altri broncodilatatori, anticolinergici, insulina, preparati tiroidei, contraccettivi orali, antistaminici, antiparkinsoniani, corticosteroidi, farmaci antipertensivi e cardiovascolari, anticonvulsivanti, carbonato di litio, farmaci antipsicotici e farmaci antidepressivi. Anche metalli pesanti e tossine (per es., insetticidi organofosforici, gas nervini, monossido di carbonio, anidride carbonica, sostanze volatili come benzina e vernici) possono causare sintomi di panico o ansia.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci non è chiara. I dati della popolazione generale suggeriscono che esso possa essere raro, con tassi di prevalenza a 12 mesi di circa lo 0,002%. Tuttavia, nelle popolazioni cliniche, la prevalenza è probabilmente maggiore.

Marker diagnostici

Esami di laboratorio (per es., tossicologia delle urine) possono essere utili al fine di misurare l'intossicazione da sostanze come parte di una valutazione per il disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci.

Diagnosi differenziale

Intossicazione da sostanze e astinenza da sostanze. Sintomi di ansia si manifestano comunemente nell'intossicazione da sostanze e nell'astinenza da sostanze. Le diagnosi di intossicazione da sostanza specifica o di astinenza da sostanza specifica saranno solitamente sufficienti a classificare la presentazione sintomatologica. Si dovrebbe porre una diagnosi di disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci in aggiunta a quella di intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze solo quando i sintomi di panico o ansia predominano nel quadro clinico e sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica indipendente. Per esempio, i sintomi di panico o ansia sono caratteristici dell'astinenza da alcol.

Disturbo d'ansia (cioè non indotto da sostanze/farmaci). Il disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci è giudicato eziologicamente correlato alla sostanza/farmaco. La distinzione tra un disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci e un disturbo d'ansia primario si basa su esordio, decorso e altri fattori legati a sostanze/farmaci. Per quanto riguarda le sostanze di abuso, devono esservi evidenze dall'anamnesi e dall'esame fisico, o da risultati di laboratorio, di uso, intossicazione o astinenza. I disturbi d'ansia indotti da sostanze/farmaci insorgono solo in associazione a stati di intossicazione o di astinenza, mentre i disturbi d'ansia primari possono precedere l'esordio dell'uso di sostanze/farmaci. La presenza di caratteristiche atipiche di un disturbo d'ansia primario, come età di insorgenza atipica (per es., esordio di disturbo di panico dopo i 45 anni) oppure sintomi atipici (per es., sintomi dell'attacco di panico atipici come capogiro, perdita dell'equilibrio, perdita di coscienza, perdita del controllo vescicale, mal di testa, disartria), può suggerire un'eziologia indotta da sostanze/farmaci. Una diagnosi di disturbo d'ansia primario è giustificata se i sintomi di panico o ansia persistono per un consistente periodo di tempo (circa 1 mese o più) dopo la fine dell'intossicazione da sostanze oppure dall'astinenza acuta, oppure se c'è una storia di disturbo d'ansia.

Delirium. Se i sintomi di panico o ansia si manifestano esclusivamente nel corso di delirium, vengono considerati una manifestazione associata al delirium e non vengono diagnosticati separatamente.

Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica. Se i sintomi di panico o ansia sono attribuibili alle conseguenze fisiologiche di un'altra condizione medica (cioè piuttosto che ai farmaci assunti per quella condizione medica), si dovrebbe porre una diagnosi di disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica. Tale giudizio si basa spesso principalmente sull'anamnesi. Talvolta può essere necessaria una modifica del trattamento per la condizione medica generale (per es., la sostituzione o l'interruzione di un farmaco) per stabilire se il farmaco rappresenti o meno l'agente causale (nel qual caso i sintomi possono essere meglio spiegati dal disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci). Se il disturbo è attribuibile sia alla condizione medica sia all'uso della sostanza, possono essere poste entrambe le diagnosi (cioè disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica e disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci). Quando le evidenze sono insufficienti per stabilire se i sintomi ansiosi siano dovuti a una sostanza/farmaco o a una condizione medica o siano primari (cioè non attribuibili a una sostanza né a una condizione medica), sarebbe indicata una diagnosi di disturbo d'ansia con altra specificazione o disturbo d'ansia senza specificazione.

Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica 293.84 (F06.4)

Criteri diagnostici

A. Nel quadro clinico predominano attacchi di panico o ansia.

B. Vi è evidenza dall'anamnesi, dall'esame obiettivo o dai dati di laboratorio che il disturbo è la conseguenza patofisiologica diretta di un'altra condizione medica.

C. La condizione non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale.

D. La condizione non si verifica esclusivamente nel corso di un delirium.

E. La condizione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota di codifica: Includere il nome dell'altra condizione medica all'interno del nome del disturbo mentale (per es., 293.84 [F06.4] disturbo d'ansia dovuto a feocromocitoma). L'altra condizione medica dovrebbe essere codificata ed elencata separatamente immediatamente prima del disturbo d'ansia dovuto alla condizione medica (per es., 227.0 [D35.00] feocromocitoma; 293.84 [F06.4] disturbo d'ansia dovuto a feocromocitoma).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica è un'ansia clinicamente significativa che si ritiene meglio spiegata come effetto fisiologico di un'altra condizione medica. I sintomi possono includere importanti sintomi di ansia o attacchi di panico (Criterio A). Il giudizio relativo al fatto che i sintomi siano meglio spiegati dalla condizione fisica associata deve essere basato su evidenze tratte dall'anamnesi, dall'esame obiettivo o dai dati di laboratorio (Criterio B). Inoltre, si deve stabilire che i sintomi non risultano meglio spiegati da un altro disturbo mentale, in particolare il disturbo dell'adattamento, con ansia, nel quale l'evento stressante sia rappresentato dalla condizione medica generale (Criterio C). In questo caso, un individuo con disturbo dell'adattamento è particolarmente angosciato dal significato o dalle conseguenze della condizione medica associata. Al contrario, vi è spesso una componente fisica importante per l'ansia (per es., dispnea) quando l'ansia è dovuta a un'altra condizione medica. Non si pone la diagnosi se i sintomi di ansia si manifestano solo nel corso di un delirium (Criterio D). I sintomi di ansia devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio E).

Nel determinare se i sintomi di ansia siano imputabili a un'altra condizione medica, il clinico deve per prima cosa stabilire la presenza della condizione medica. Inoltre, deve essere accertato che i sintomi di ansia siano correlati eziologicamente alla condizione medica attraverso un meccanismo fisiologico prima di concludere che questa sia la spiegazione migliore per i sintomi presentati da un individuo specifico. Per questo giudizio è necessaria una valutazione accurata ed estesa di molteplici fattori. Dovrebbero essere considerati una serie di aspetti della presentazione clinica: 1) la presenza di un chiaro legame temporale tra l'esordio, l'esacerbazione o la remissione della condizione medica generale e i sintomi di ansia; 2) la presenza di caratteristiche atipiche di un disturbo d'ansia primario (per es., età d'esordio e decorso atipici); e 3) l'evidenza in letteratura che un meccanismo fisiologico conosciuto (per es., ipertiroidismo) causa ansia. Inoltre, il clinico deve anche giudicare se il disturbo non sia meglio spiegato da un disturbo d'ansia primario, da un disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci o da un altro disturbo mentale primario (per es., disturbo dell'adattamento).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

È noto che un certo numero di condizioni mediche comprendono l'ansia come manifestazione sintomatica. Gli esempi includono disturbi endocrini (per es., ipertiroidismo, feocromocitoma, ipoglicemia, ipercorticosurrenalismo), disturbi cardiovascolari (per es., scompenso cardiaco congestizio, embolia polmonare, aritmia, come la fibrillazione atriale), malattie respiratorie (per es., broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma, polmonite), alterazioni metaboliche (per es., deficienza di vitamina B12, porfiria) e malattie neurologiche (per es., neoplasie, disfunzioni vestibolari, encefalite, disturbi convulsivi). L'ansia dovuta a un'altra condizione medica è diagnosticata quando la condizione medica è nota per indurre ansia e quando la condizione medica ha preceduto l'esordio dell'ansia.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica non è chiara. Sembra esservi un'elevata prevalenza di disturbi d'ansia tra gli individui con una varietà di condizioni mediche, tra cui asma, ipertensione, ulcera e artrite. Tuttavia, questa aumentata prevalenza può essere dovuta a ragioni diverse dal disturbo d'ansia causato direttamente dalla condizione medica.

Sviluppo e decorso

Lo sviluppo e il decorso del disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica seguono generalmente il decorso della patologia sottostante. Questa diagnosi non include i disturbi d'ansia primari che insorgono nel contesto di patologie mediche croniche. Questo è importante da considerare negli adulti più anziani, i quali possono soffrire di una patologia medica cronica e poi sviluppare un disturbo d'ansia indipendente secondario alla patologia medica cronica.

Marker diagnostici

Esami di laboratorio e/o esami medici sono necessari al fine di confermare la diagnosi della condizione medica associata.

Diagnosi differenziale

Delirium. Non si pone una diagnosi separata di disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica se il disturbo d'ansia si manifesta esclusivamente nel corso di un delirium. Tuttavia, si può porre una diagnosi di disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica in aggiunta a una diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore (demenza) se l'eziologia dell'ansia è ritenuta una conseguenza fisiologica del processo patologico che causa il disturbo neurocognitivo e se l'ansia è una componente prevalente nel quadro clinico.

Manifestazione combinata di sintomi (per es., alterazione dell'umore e ansia). Se la presentazione comprende un insieme di diversi tipi di sintomi, lo specifico disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica dipende da quali sintomi predominano nel quadro clinico.

Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci. Se vi è evidenza di uso di sostanze recente o prolungato (inclusi i farmaci con effetti psicoattivi), di astinenza da una sostanza o di esposizione a una tossina, si dovrebbe prendere in considerazione un disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci. È noto che determinati farmaci aumentano l'ansia (per es., corticosteroidi, estrogeni, metoclopramide), e quando è questo il caso, il farmaco può rappresentare l'eziologia più probabile, nonostante possa essere difficile distinguere se l'ansia sia attribuibile ai farmaci oppure alla patologia medica stessa. Quando viene posta una diagnosi di disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci in relazione a farmaci ricreativi o non prescritti, può essere utile ottenere uno screening del sangue o

delle urine oppure altri esami di laboratorio appropriati. I sintomi che si verificano durante o poco dopo (cioè entro 4 settimane da) un'intossicazione o astinenza da sostanze, oppure dopo l'uso di un farmaco possono essere particolarmente indicativi di un disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci, in base al tipo, alla durata, oppure alla quantità di sostanza usata. Se il disturbo è associato sia a un'altra condizione medica sia all'uso di sostanze, possono essere poste entrambe le diagnosi (cioè disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica e disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci). Caratteristiche come un esordio dopo i 45 anni o la presenza di sintomi atipici durante un attacco di panico (per es., capogiro, perdita di coscienza, perdita del controllo vescicale o intestinale, disartria, amnesia) suggeriscono la possibilità che i sintomi dell'attacco di panico possano essere causati da un'altra condizione medica oppure da una sostanza.

Disturbo d'ansia (non dovuto a una condizione medica nota). Il disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica dovrebbe essere distinto da altri disturbi d'ansia (specialmente disturbo di panico e disturbo d'ansia generalizzata). Negli altri disturbi d'ansia, non può essere dimostrato nessun meccanismo fisiologico specifico e direttamente causativo associato a un'altra condizione medica. Un'età di esordio avanzata, sintomi atipici e l'assenza di una storia personale o familiare di disturbi d'ansia suggeriscono la necessità di una valutazione accurata per escludere la diagnosi di disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica. I disturbi d'ansia possono esacerbare o rappresentare un incremento di rischio per condizioni mediche come eventi cardiovascolari e infarto del miocardio, e in questi casi non dovrebbero essere diagnosticati come disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica.

Disturbo da ansia di malattia. Il disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica dovrebbe essere distinto dal disturbo da ansia di malattia. Il disturbo da ansia di malattia è caratterizzato da preoccupazione relativa alla malattia, preoccupazione legata al dolore e preoccupazioni somatiche. Nel caso del disturbo da ansia di malattia, gli individui possono o non possono avere condizioni mediche diagnosticate. Nonostante sia probabile che un individuo con disturbo da ansia di malattia e una condizione medica diagnosticata provi ansia in relazione alla condizione medica, la condizione medica non è fisiologicamente correlata ai sintomi di ansia.

Disturbi dell'adattamento. Il disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica dovrebbe essere distinto dai disturbi dell'adattamento, con ansia, oppure con ansia e umore depresso. Il disturbo dell'adattamento è giustificato quando gli individui vivono una risposta disadattiva allo stress di avere un'altra condizione medica. La reazione allo stress riguarda solitamente il significato o le conseguenze dello stress, in confronto all'esperienza dei sintomi dell'ansia o dell'umore che si manifestano come una conseguenza fisiologica di altre condizioni mediche. Nel disturbo dell'adattamento i sintomi di ansia sono tipicamente correlati alle strategie di coping nei confronti dello stress di avere una condizione medica generale, mentre nel disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica è più probabile che gli individui abbiano importanti sintomi fisici e che siano focalizzati su problematiche diverse rispetto allo stress derivante dalla patologia stessa.

Caratteristica associata di un altro disturbo mentale. I sintomi dell'ansia possono essere una caratteristica associata di un altro disturbo mentale (per es., schizofrenia, anoressia nervosa).

Disturbo d'ansia con altra specificazione o senza specificazione. Si pone questa diagnosi quando è impossibile stabilire se il disturbo d'ansia sia primario, indotto da sostanze o associato a un'altra condizione medica.

Disturbo d'ansia con altra specificazione 300.09 (F41.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo d'ansia, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi d'ansia. La categoria disturbo d'ansia con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo d'ansia. Questo viene fatto registrando "disturbo d'ansia con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., ansia generalizzata che non si verifica la maggior parte dei giorni).

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" comprendono i seguenti:

1. **Attacchi paucisintomatici.**
2. **Ansia generalizzata che non si verifica la maggior parte dei giorni.**
3. ***Khyâl cap* (attacchi di vento):** Si veda "Glossario dei concetti culturali di sofferenza" nell'Appendice.
4. ***Ataque de nervios* (attacco di nervi):** Si veda "Glossario dei concetti culturali di sofferenza" nell'Appendice.

Disturbo d'ansia senza specificazione 300.00 (F41.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo d'ansia, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi d'ansia. La categoria disturbo d'ansia senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo d'ansia non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati

La categoria disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati comprende: disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), disturbo di dismorfismo corporeo, disturbo da accumulo, tricotillomania (disturbo da strappamento di peli), disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle), disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, e disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione e disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione (per es., disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo, gelosia patologica).

Il DOC è caratterizzato dalla presenza di ossessioni e/o compulsioni. Le *ossessioni* sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti che sono vissuti come indesiderati, mentre le *compulsioni* sono comportamenti o azioni mentali ripetitive che un individuo si sente obbligato a compiere in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente. Alcuni altri disturbi ossessivo-compulsivo e correlati sono caratterizzati anche da preoccupazioni e da comportamenti ripetitivi o azioni mentali in risposta alle preoccupazioni. Altri disturbi ossessivo-compulsivo e correlati sono caratterizzati principalmente da ricorrenti comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo (per es., strapparsi i peli, stuzzicarsi la pelle) e ripetuti tentativi di ridurre o interrompere tali comportamenti.

L'inclusione di un capitolo relativo al disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati all'interno del DSM-5 riflette la crescente evidenza della stretta interconnessione tra questi disturbi nei termini di una gamma di validatori diagnostici, così come l'utilità clinica di raggruppare questi disturbi all'interno dello stesso capitolo. I clinici sono incoraggiati a esaminare tutte queste condizioni negli individui che ne presentano una e a essere consapevoli delle sovrapposizioni tra esse. Al tempo stesso, vi sono importanti differenze tra questi disturbi nei validatori diagnostici e negli approcci terapeutici. Inoltre, vi sono stretti rapporti tra i disturbi d'ansia e alcuni dei disturbi ossessivo-compulsivo e correlati (per es., il DOC) che si riflettono nella sequenza dei capitoli del DSM-5, in cui i disturbi d'ansia sono seguiti dai disturbi ossessivo-compulsivo e correlati.

I disturbi ossessivo-compulsivo e correlati differiscono dalle normali preoccupazioni e rituali dello sviluppo, perché sono eccessivi o persistono oltre gli appropriati periodi evolutivi. La distinzione tra un disturbo clinico e la presenza di sintomi subclinici richiede la valutazione di un certo numero di fattori, che includono il grado di disagio dell'individuo e di compromissione del funzionamento.

Il capitolo inizia con il DOC. Prosegue con il disturbo di dismorfismo corporeo e il disturbo da accumulo, che sono caratterizzati, rispettivamente, da sintomi cognitivi

come la percezione di difetti o imperfezioni nell'aspetto fisico oppure dalla percepita necessità di conservare i propri averi. Il capitolo si estende poi alla tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) e al disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle), che sono caratterizzati da ricorrenti comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo. Il capitolo comprende infine: disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, e disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione e disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione.

Mentre il contenuto specifico delle ossessioni e compulsioni varia a seconda degli individui, nel DOC sono comuni alcune dimensioni sintomatologiche tra cui quelle di pulizia (ossessioni di contaminazione e compulsioni di pulizia); di simmetria (ossessioni di simmetria e compulsioni di ripetizione, ordine e conteggio); di pensieri proibiti o tabù (per es., ossessioni aggressive, sessuali, religiose e relative compulsioni); e di danno (per es., timori di danno a se stessi o agli altri e relative compulsioni di controllo). Lo specificatore correlato a tic del DOC viene utilizzato quando un individuo ha una storia attuale o passata di disturbo da tic.

Il disturbo di dismorfismo corporeo è caratterizzato dalla preoccupazione per uno o più difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico che non sono osservabili o appaiono solo lievi agli altri, e da comportamenti ripetitivi (per es., guardarsi allo specchio, curarsi eccessivamente del proprio aspetto, stuzzicarsi la pelle, o ricercare rassicurazione) oppure azioni mentali (per es., confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri) in risposta a preoccupazioni legate all'aspetto. Le preoccupazioni relative all'aspetto non sono meglio giustificate da preoccupazioni legate al grasso corporeo o al peso in un individuo con un disturbo alimentare. Il dismorfismo muscolare è una forma del disturbo di dismorfismo corporeo caratterizzata dalla convinzione che la propria costituzione corporea sia troppo piccola o insufficientemente muscolosa.

Il disturbo da accumulo è caratterizzato dalla persistente difficoltà di gettare via o separarsi dai propri averi, a prescindere dal loro valore reale, a seguito di un forte bisogno percepito di conservare gli oggetti e del disagio associato al gettarli via. Il disturbo da accumulo differisce dal normale collezionismo. Per esempio, i sintomi del disturbo da accumulo sfociano nell'accumulo di un gran numero di beni che congestionano e ingombrano gli spazi vitali al punto da comprometterne sostanzialmente l'uso previsto. La forma da acquisizione eccessiva del disturbo da accumulo, che caratterizza la maggior parte ma non tutti gli individui affetti da disturbo da accumulo, consiste in un eccessivo collezionare, acquistare o rubare oggetti che non sono necessari o per i quali non vi è spazio disponibile.

La tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) è caratterizzata dal ricorrente strapparsi capelli o peli, che porta a perdita di capelli o peli e a ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo strapparsi capelli o peli. Il disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle) è caratterizzato dal ricorrente stuzzicamento della pelle, che porta a lesioni cutanee e a ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo stuzzicamento. I comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo che caratterizzano questi due disturbi non sono innescati da ossessioni o preoccupazioni; tuttavia, possono essere preceduti o accompagnati da vari stati emotivi, come sentimenti di ansia o noia. Possono essere preceduti anche da un aumentato senso di tensione, oppure possono portare a gratificazione, piacere o a un senso di sollievo quando il capello o il pelo viene strappato o la pelle viene stuzzicata. Gli individui con questi disturbi possono avere vari gradi di consapevolezza del comportamento mentre lo mettono in atto, per cui alcuni individui

mostrano una maggiore attenzione focalizzata sul comportamento (con precedente tensione e successivo sollievo), mentre altri mostrano un comportamento più automatico (cioè i comportamenti sembrano verificarsi in assenza di una piena consapevolezza).

Il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci è costituito da sintomi che sono dovuti a un farmaco o all'intossicazione o all'astinenza da una sostanza. Il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica comporta sintomi caratteristici dei disturbi ossessivo-compulsivo e correlati che sono la diretta conseguenza patofisiologica di un disturbo medico. Il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione e il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione sono costituiti da sintomi che non soddisfano i criteri per un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati a causa della manifestazione atipica o dell'eziologia incerta; queste categorie sono utilizzate anche per altre sindromi specifiche che non sono elencate nella Sezione II, e quando non sono disponibili informazioni sufficienti per diagnosticare la manifestazione come un altro disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. Esempi di specifiche sindromi che non sono elencate nella Sezione II, e quindi diagnosticate come disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione o come disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione, includono il disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo e la gelosia patologica.

I disturbi ossessivo-compulsivo e correlati che presentano una componente cognitiva hanno l'insight come base per gli specificatori; in ognuno di questi disturbi, l'insight varia da "buono o sufficiente insight" a "scarso insight", fino a "insight assente/convinzioni deliranti", con riferimento alle convinzioni associate al disturbo. Per gli individui i cui sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati giustificano lo specificatore "con insight assente/convinzioni deliranti", questi sintomi non dovrebbero essere diagnosticati come un disturbo psicotico.

Disturbo ossessivo-compulsivo 300.3 (F42)

Criteri diagnostici

A. Presenza di ossessioni, compulsioni, o entrambi:

Le ossessioni sono definite da 1) e 2):

1. Pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia o disagio marcati.
2. Il soggetto tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (cioè mettendo in atto una compulsione).

Le compulsioni sono definite da 1) e 2):

1. Comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (per es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che il soggetto si sente obbligato a mettere in atto in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente.
2. I comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre l'ansia o il disagio o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; tuttavia, questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.
   Nota: I bambini piccoli possono non essere in grado di articolare le ragioni di questi comportamenti o azioni mentali.

B. Le ossessioni o compulsioni fanno consumare tempo (per es., più di 1 ora al giorno) o causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. I sintomi ossessivo-compulsivi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

D. Il disturbo non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale (per es., eccessive preoccupazioni, come nel disturbo d'ansia generalizzata; preoccupazioni legate all'aspetto, come nel disturbo di dismorfismo corporeo; difficoltà di gettare via o separarsi dai propri averi, come nel disturbo da accumulo; strapparsi peli, come nella tricotillomania [strappamento di peli]; stuzzicamento della pelle, come nel disturbo da escoriazione [stuzzicamento della pelle]; stereotipie, come nel disturbo da movimento stereotipato; comportamento alimentare ritualizzato, come nei disturbi alimentari; preoccupazione per sostanze o per il gioco d'azzardo, come nei disturbi correlati a sostanze e nei disturbi da addiction; preoccupazioni legate all'avere una malattia, come nel disturbo da ansia di malattia; impulsi o fantasie sessuali, come nei disturbi parafilici; impulsi, come nei disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta; ruminazioni relative al senso di colpa, come nel disturbo depressivo maggiore; pensieri intrusivi o preoccupazioni deliranti, come nei disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici; oppure pattern di comportamenti ripetitivi, come nel disturbo dello spettro dell'autismo).

Specificare se:

Con insight buono o sufficiente: L'individuo riconosce che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo sono decisamente o probabilmente non vere, o che esse possono essere o possono non essere vere.

Con insight scarso: L'individuo pensa che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano probabilmente vere.

Con insight assente/convinzioni deliranti: L'individuo è assolutamente sicuro che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano vere.

Specificare se:

Correlato a tic: L'individuo ha una storia attuale o passata di disturbo da tic.

Specificatori

Molti individui con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) hanno convinzioni disfunzionali. Queste convinzioni possono includere un esagerato senso di responsabilità e la tendenza a sovrastimare la minaccia; perfezionismo e intolleranza all'incertezza; e assegnazione di un'eccessiva importanza ai pensieri (per es., credere che avere un pensiero proibito sia grave tanto quanto agirlo) e al bisogno di controllarli.

Gli individui con DOC variano nel grado di insight che possiedono relativamente alla correttezza delle convinzioni che sottostanno ai loro sintomi ossessivo-compulsivi. Molti individui hanno un *insight buono o sufficiente* (per es., l'individuo crede che la casa sicuramente, o probabilmente, non brucerà, oppure può o non può bruciare se la stufa non viene controllata 30 volte). Alcuni hanno un *insight scarso* (per es., l'individuo crede che probabilmente la casa brucerà se la stufa non viene controllata 30 volte) e pochi (4% o meno) hanno un *insight assente/convinzioni deliranti* (per es., l'individuo è convinto che la casa brucerà se la stufa non viene controllata 30 volte). L'insight può variare in un individuo durante il corso della malattia. Un insight più scarso è stato collegato a un peggiore esito a lungo termine.

Fino al 30% degli individui con DOC ha un disturbo da tic per tutta la vita. Ciò è più comune nei maschi con insorgenza del DOC in età pediatrica. Questi individui tendono a differire da quelli senza una storia di disturbi da tic in termini di sintomi del DOC, comorbilità, decorso e pattern di trasmissione familiare.

Caratteristiche diagnostiche

I sintomi caratteristici del DOC sono la presenza di ossessioni e compulsioni (Criterio A). Le *ossessioni* sono pensieri (per es., di contaminazione), immagini (per es., scene violente o raccapriccianti) o impulsi (per es., accoltellare qualcuno) ripetitivi e persistenti. In particolare, le ossessioni non sono vissute come piacevoli o volontarie: esse sono intrusive e indesiderate e causano disagio e ansia marcati nella maggior parte degli individui. L'individuo cerca di ignorare o sopprimere tali ossessioni (per es., evitando fattori scatenanti o reprimendo i pensieri) o di neutralizzarle con altri pensieri o azioni (per es., mettere in atto una compulsione). Le *compulsioni* (o rituali) sono comportamenti ripetitivi (per es., lavare, controllare) o azioni mentali (per es., contare, ripetere parole mentalmente) che il soggetto si sente obbligato a mettere in atto in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente. La maggior parte degli individui con DOC ha sia ossessioni sia compulsioni. Le compulsioni sono di solito messe in atto in risposta a un'ossessione (per es., pensieri di contaminazione portano a rituali di lavaggio, oppure il pensiero che qualcosa sia sbagliato porta a ripetere rituali finché non si percepisce che la cosa è "giusta"). L'obiettivo è quello di ridurre il disagio innescato dalle ossessioni o di impedire un evento temuto (per es., ammalarsi). Tuttavia, queste compulsioni o non sono collegate in modo realistico all'evento temuto (per es., organizzare gli oggetti simmetricamente per prevenire danni a una persona cara) o sono chiaramente eccessive (per es., farsi la doccia per ore ogni giorno). Le compulsioni non sono agite per piacere, anche se alcuni individui ne traggono sollievo dall'ansia o dal disagio.

Il Criterio B sottolinea che le ossessioni e compulsioni devono far consumare tempo (per es., più di 1 ora al giorno) o causare disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento per giustificare la diagnosi di DOC. Questo criterio permette di distinguere il disturbo da occasionali pensieri intrusivi o comportamenti ripetitivi che sono comuni nella popolazione generale (per es., controllare ripetutamente che una porta sia chiusa). La frequenza e la gravità delle ossessioni e delle compulsioni è variabile tra gli individui con DOC (per es., alcuni hanno sintomi lievi o moderati, impegnando da 1 a 3 ore al giorno con le ossessioni o la messa in atto di compulsioni, mentre altri hanno pensieri intrusivi o compulsioni quasi costanti, che possono essere invalidanti).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il contenuto specifico delle ossessioni e delle compulsioni varia tra gli individui. Tuttavia, determinati temi, o dimensioni, sono comuni, tra cui quelli di pulizia (ossessioni di contaminazione e compulsioni di pulizia); di simmetria (ossessioni di simmetria e compulsioni di ripetizione, ordine e conteggio); di pensieri proibiti o tabù (per es., ossessioni aggressive, sessuali e religiose e relative compulsioni); e di danno (per es., timori di danno a se stessi o agli altri e relative compulsioni di controllo). Alcuni individui hanno anche difficoltà a gettare via gli oggetti e li accumulano come conseguenza di tipiche ossessioni e compulsioni, come il timore di danneggiare gli altri. Questi temi si verificano in differenti culture, sono relativamente costanti nel tempo

negli adulti con il disturbo e possono essere associati a differenti substrati neurali. È importante sottolineare che gli individui hanno sintomi che appartengono a più di una dimensione.

Gli individui con DOC sperimentano una varietà di risposte emotive di fronte alle situazioni che innescano le ossessioni e le compulsioni. Per esempio, molti individui sperimentano una marcata ansia, che può includere ricorrenti attacchi di panico. Altri riferiscono forti sentimenti di disgusto. Durante la messa in atto delle compulsioni, alcuni individui riferiscono un angosciante senso di "incompletezza" o di inquietudine finché le cose non sembrano, danno l'impressione di essere o suonano "giuste".

Negli individui con il disturbo è comune l'evitamento di persone, luoghi e cose che innescano le ossessioni e le compulsioni. Per esempio, individui con preoccupazioni di contaminazione possono evitare situazioni pubbliche (per es., ristoranti, bagni pubblici) per ridurre l'esposizione ai contaminanti temuti; individui con pensieri intrusivi relativi al causare danno possono evitare le interazioni sociali.

Prevalenza

La prevalenza annuale del DOC negli Stati Uniti è dell'1,2%, con una prevalenza internazionale analoga (1,1-1,8%). Le femmine mostrano un tasso leggermente superiore rispetto ai maschi in età adulta, anche se i maschi sviluppano più frequentemente il disturbo in età infantile.

Sviluppo e decorso

Negli Stati Uniti l'età media di esordio del DOC è di 19,5 anni, e nel 25% dei casi l'esordio avviene entro i 14 anni. L'esordio dopo i 35 anni è insolito, ma si verifica. I maschi hanno un'età di esordio più precoce rispetto alle femmine: quasi il 25% dei maschi ha un esordio prima dei 10 anni. L'insorgenza dei sintomi è solitamente graduale, tuttavia è stato riportato anche l'esordio acuto.

Se il DOC non viene trattato, il decorso è solitamente cronico, spesso con oscillazioni della sintomatologia. Alcuni individui mostrano un decorso episodico, e una minoranza ha un decorso che tende a peggiorare. Senza un trattamento, i tassi di remissione negli adulti sono bassi (per es., 20% per gli individui valutati nuovamente a 40 anni di distanza). L'esordio in età infantile o in adolescenza può comportare la presenza del DOC per tutta la vita. Tuttavia, il 40% degli individui con esordio del DOC in età infantile o in adolescenza può avere una remissione nella prima età adulta. Il decorso del DOC è spesso complicato dalla co-presenza di altri disturbi (si veda la sezione "Comorbilità" per questo disturbo).

Nei bambini le compulsioni vengono diagnosticate più facilmente rispetto alle ossessioni, in quanto le compulsioni sono osservabili. Comunque, la maggior parte dei bambini ha sia ossessioni sia compulsioni (così come accade per la maggior parte degli adulti). Il pattern sintomatologico negli adulti può essere stabile nel tempo, mentre nei bambini è più variabile. Alcune differenze nel contenuto delle ossessioni e delle compulsioni sono state riportate in campioni di bambini e adolescenti quando sono stati confrontati con campioni di adulti. Queste differenze riflettono probabilmente il contenuto appropriato alle differenti fasi di sviluppo (per es., tassi più alti di ossessioni sessuali e religiose negli adolescenti rispetto ai bambini; tassi più alti di ossessioni di danno [per es., timori di eventi catastrofici, come la morte o malattia propria o di una persona cara] nei bambini e negli adolescenti rispetto agli adulti).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Maggiori sintomi internalizzanti, emotività negativa più elevata e inibizione comportamentale in età infantile sono possibili fattori temperamentali di rischio.

Fattori ambientali. Abuso fisico e sessuale in età infantile e altri eventi stressanti o traumatici sono stati associati a un aumentato rischio di sviluppo del DOC. Alcuni bambini possono sviluppare un esordio improvviso dei sintomi ossessivo-compulsivi, che è stato associato a differenti fattori ambientali, tra cui vari agenti infettivi e una sindrome autoimmune post-infettiva.

Fattori genetici e fisiologici. Il tasso di DOC tra i parenti di primo grado degli adulti con DOC è circa due volte maggiore rispetto a parenti di primo grado di coloro che non hanno il disturbo; tuttavia, tra i parenti di primo grado di individui con esordio del DOC in età infantile o in adolescenza il tasso aumenta di 10 volte. La trasmissione familiare è dovuta in parte a fattori genetici (per es., un tasso di concordanza dello 0,57 per gemelli monozigoti contro lo 0,22 per gemelli dizigoti). Sono risultate maggiormente coinvolte disfunzioni a carico della corteccia orbitofrontale, della corteccia cingolata anteriore e dello striato.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il DOC si verifica in tutto il mondo. Vi è una sostanziale similarità tra culture nella distribuzione di genere, nell'età di esordio e nella comorbilità del DOC. Inoltre, in tutto il mondo vi è una struttura sintomatologica simile che coinvolge pulizia, simmetria, accumulo, pensieri, tabù o timore di danno. Tuttavia, esistono variazioni locali nell'espressione dei sintomi, e i fattori culturali possono modellare il contenuto di ossessioni e compulsioni.

Aspetti diagnostici correlati al genere

I maschi hanno un'età di esordio del DOC più precoce rispetto alle femmine e hanno più probabilità di avere un disturbo da tic in comorbilità. Sono state riportate differenze nel pattern delle dimensioni sintomatologiche, per cui, per esempio, le femmine hanno più probabilità di sviluppare sintomi nella dimensione della pulizia e i maschi hanno più probabilità di sviluppare sintomi nelle dimensioni dei pensieri proibiti e della simmetria. Nel periodo peripartum sono stati riportati esordio o esacerbazione del DOC, così come sintomi che possono interferire con la relazione madre-bambino (per es., ossessioni di aggressività che portano all'evitamento del bambino).

Rischio di suicidio

Pensieri suicidari si verificano a un certo momento in circa la metà degli individui con DOC. Vengono anche riportati tentativi di suicidio in più di un quarto degli individui con DOC; la presenza di comorbilità con il disturbo depressivo maggiore aumenta il rischio.

Conseguenze funzionali del disturbo ossessivo-compulsivo

Il DOC è associato a una ridotta qualità della vita, così come ad alti livelli di compromissione sociale e lavorativa. La compromissione si verifica in molte aree di vita differenti ed è associata alla gravità dei sintomi. La compromissione può essere causata

dal tempo occupato dalle ossessioni e dalla messa in atto delle compulsioni. Anche l'evitamento delle situazioni che possono innescare le ossessioni o le compulsioni può limitare gravemente il funzionamento. Inoltre, specifici sintomi possono creare specifici ostacoli. Per esempio, le ossessioni relative al danno possono far percepire come pericolose le relazioni con la famiglia e gli amici; il risultato può essere l'evitamento di queste relazioni. Ossessioni relative alla simmetria possono far deragliare il puntuale completamento dei progetti scolastici o lavorativi perché il progetto non sembra mai "giusto", portando potenzialmente al fallimento scolastico o alla perdita del lavoro. Possono verificarsi anche conseguenze per la salute. Per esempio, individui con preoccupazioni di contaminazione possono evitare gli ambulatori medici o gli ospedali (per es., a causa della paura dell'esposizione a germi) oppure sviluppare problemi dermatologici (per es., lesioni cutanee dovute ai lavaggi eccessivi). Talvolta i sintomi del disturbo interferiscono con il suo stesso trattamento (per es,. quando i farmaci vengono considerati contaminati). Quando il disturbo ha inizio nell'infanzia o nell'adolescenza, gli individui possono incontrare difficoltà di sviluppo. Per esempio, gli adolescenti possono evitare di socializzare con i coetanei; i giovani adulti possono avere difficoltà quando lasciano la casa d'origine per vivere in modo indipendente. Il risultato può essere quello di avere poche relazioni significative al di fuori della famiglia e una mancanza di autonomia e di indipendenza finanziaria dalla propria famiglia d'origine. Inoltre, alcuni individui con DOC tentano di imporre regole e divieti ai membri della famiglia a causa del loro disturbo (per es., nessuno in famiglia può ricevere visite a causa della paura di contaminazione), e questo può portare a una disfunzione familiare.

Diagnosi differenziale

Disturbi d'ansia. Pensieri ricorrenti, comportamenti di evitamento e richieste ripetitive di rassicurazione possono verificarsi anche nei disturbi d'ansia. Tuttavia, i pensieri ricorrenti che sono presenti nel disturbo d'ansia generalizzata (per es., preoccupazioni) riguardano solitamente aspetti legati alla vita reale, mentre le ossessioni del DOC di solito non coinvolgono aspetti legati alla vita reale e possono includere invece contenuti bizzarri, irrazionali o di natura apparentemente magica; inoltre, le compulsioni sono spesso presenti e solitamente associate alle ossessioni. In modo simile agli individui con DOC, gli individui con una fobia specifica possono avere una reazione di paura in risposta a specifici oggetti o situazioni; tuttavia, nella fobia specifica l'oggetto temuto è di solito molto più circoscritto, e non sono presenti rituali. Nel disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), gli oggetti o le situazioni temuti sono limitati alle interazioni sociali, e l'evitamento o la ricerca di rassicurazione sono mirati a ridurre tale paura sociale.

Disturbo depressivo maggiore. Il DOC può essere distinto dalla ruminazione del disturbo depressivo maggiore, in cui i pensieri sono di solito congruenti all'umore e non necessariamente sono vissuti come intrusivi o angoscianti; inoltre, le ruminazioni non sono associate a compulsioni, come accade nella manifestazione tipica del DOC.

Altri disturbi ossessivo-compulsivo e correlati. Nel disturbo di dismorfismo corporeo le ossessioni e le compulsioni sono limitate alle preoccupazioni relative all'aspetto fisico, e nella tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) il comportamento compulsivo è limitato allo strapparsi peli in assenza di ossessioni. I sintomi del disturbo da accumulo si concentrano esclusivamente sulla persistente difficoltà di gettare via o separarsi dai propri averi, marcato disagio associato al gettare via gli oggetti e al loro eccessivo accumulo. Tuttavia, se un individuo presenta delle ossessioni tipiche del DOC (per es., preoccupazioni relative all'incompletezza o al danno), e queste ossessioni portano a comportamenti di accumulo compulsivo (per es., raggruppare tutti gli oggetti in un insieme per raggiungere un senso di completezza o non gettare via i giornali vecchi perché possono contenere informazioni che potrebbero prevenire un danno), dovrebbe invece essere posta una diagnosi di DOC.

Disturbi alimentari. Il DOC può essere distinto dall'anoressia nervosa in quanto nel DOC le ossessioni e le compulsioni non sono limitate a preoccupazioni relative al peso e al cibo.

Tic (nel disturbo da tic) e movimenti stereotipati. Un *tic* è un movimento o una vocalizzazione (per es., ammiccare, schiarirsi la voce) improvviso, rapido, ricorrente, non ritmico. Un *movimento stereotipato* è un comportamento motorio ripetitivo, non funzionale, apparentemente guidato (per es., sbattere la testa, dondolarsi, mordersi). I tic e i movimenti stereotipati sono tipicamente meno complessi delle compulsioni e non sono volti a neutralizzare un'ossessione. Tuttavia, la distinzione tra tic complessi e compulsioni può essere difficile. Mentre le compulsioni sono solitamente precedute da ossessioni, i tic sono spesso preceduti da impulsi sensoriali premonitori. Alcuni individui presentano sintomi sia del DOC sia di un disturbo da tic, nel qual caso possono essere giustificate entrambe le diagnosi.

Disturbi psicotici. Alcuni individui con DOC hanno un insight scarso o addirittura convinzioni deliranti tipiche del DOC. Tuttavia, essi hanno ossessioni e compulsioni (il che distingue la loro condizione dal disturbo delirante) e non hanno altre caratteristiche della schizofrenia o del disturbo schizoaffettivo (per es., allucinazioni o disturbo del pensiero formale).

Altri comportamenti simil-compulsivi. Certi comportamenti sono a volte descritti come "compulsivi", tra cui il comportamento sessuale (nel caso delle parafilie), il gioco d'azzardo patologico e l'uso di sostanze (per es., il disturbo da uso di alcol). Tuttavia, questi comportamenti differiscono dalle compulsioni del DOC in quanto l'individuo trae di solito piacere dall'attività e può desiderare di resistervi solo a causa delle sue conseguenze deleterie.

Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità. Sebbene il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità e il DOC abbiano nomi simili, le manifestazioni cliniche di questi disturbi sono piuttosto differenti. Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità non è caratterizzato da pensieri, immagini o impulsi intrusivi, o da comportamenti ripetitivi messi in atto in risposta a queste intrusioni; esso coinvolge invece un duraturo e pervasivo pattern disadattivo di eccessivo perfezionismo e controllo rigido. Se un individuo manifesta sintomi sia del DOC sia del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, possono essere poste entrambe le diagnosi.

Comorbilità

Gli individui con DOC hanno spesso altre psicopatologie. Molti adulti con il disturbo hanno nel corso della vita una diagnosi di un disturbo d'ansia (76%; per es., disturbo di panico, disturbo d'ansia sociale, disturbo d'ansia generalizzata, fobia specifica) o di un disturbo depressivo o bipolare (63% un disturbo depressivo o bipolare, in cui il disturbo depressivo maggiore risulta il più comune [41%]). L'esordio del DOC è solitamente più tardivo rispetto alla maggior parte dei disturbi d'ansia (a eccezione del

disturbo d'ansia di separazione) e al DSPT, ma spesso precede quello dei disturbi depressivi. Anche la comorbilità con il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è comune negli individui con DOC (per es., variando dal 23% al 32%).

Fino al 30% degli individui con DOC ha anche un disturbo da tic nel corso della vita. La comorbilità con un disturbo da tic è più comune nei maschi con esordio del DOC in età infantile. Questi individui tendono a differire da quelli senza una storia di disturbi da tic per quanto riguarda le tematiche della loro sintomatologia del DOC, la comorbilità, il decorso e i pattern di trasmissione familiare. Nei bambini può anche essere osservata una triade composta da DOC, disturbo da tic e disturbo da deficit di attenzione/iperattività.

I disturbi che si verificano più frequentemente negli individui con DOC rispetto agli individui senza il disturbo includono diversi disturbi ossessivo-compulsivo e correlati, come il disturbo di dismorfismo corporeo, la tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) e il disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle). Infine, è stata riportata un'associazione tra il DOC e alcuni disturbi caratterizzati da impulsività, come il disturbo oppositivo provocatorio.

Il DOC è anche molto più comune in individui con determinati altri disturbi rispetto a quanto ci si aspetterebbe in base alla sua prevalenza nella popolazione generale; quando viene diagnosticato uno di questi altri disturbi, l'individuo dovrebbe essere esaminato anche per la presenza di DOC. Per esempio, in individui con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo, la prevalenza del DOC è di circa il 12%. I tassi di DOC sono elevati anche nel disturbo bipolare, nei disturbi alimentari, come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, e nel disturbo di Tourette.

Disturbo di dismorfismo corporeo 300.7 [F45.22]

Criteri diagnostici

A. Preoccupazione per uno o più difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico, che non sono osservabili o appaiono agli altri in modo lieve.

B. A un certo punto, durante il decorso del disturbo, l'individuo ha messo in atto comportamenti ripetitivi (per es., guardarsi allo specchio, curarsi eccessivamente del proprio aspetto, stuzzicarsi la pelle, ricercare rassicurazione) o azioni mentali (per es., confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri) in risposta a preoccupazioni legate all'aspetto.

C. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. La preoccupazione legata all'aspetto non è meglio giustificata da preoccupazioni legate al grasso corporeo o al peso in un individuo i cui sintomi soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo alimentare.

Specificare se:

Con dismorfia muscolare: L'individuo è preoccupato dall'idea che la sua costituzione corporea sia troppo piccola o insufficientemente muscolosa. Questo specificatore viene utilizzato anche se l'individuo ha preoccupazioni che riguardano altre aree del corpo, il che si verifica spesso.

Specificare se:

Indicare il grado di insight riguardo alle convinzioni del disturbo di dismorfismo corporeo (per es., "Sono brutto/a" oppure "Sono deforme").

Con insight buono o sufficiente: L'individuo riconosce che le convinzioni del disturbo di dismorfismo corporeo sono decisamente o probabilmente non vere, o che esse possono essere o non possono essere vere.

Con insight scarso: L'individuo pensa che le convinzioni del disturbo di dismorfismo corporeo siano probabilmente vere.

Con insight assente/convinzioni deliranti: L'individuo è assolutamente sicuro che le convinzioni del disturbo di dismorfismo corporeo siano vere.

Caratteristiche diagnostiche

Gli individui con disturbo di dismorfismo corporeo (in precedenza noto come *dismorfofobia*) sono preoccupati per uno o più difetti o imperfezioni percepiti nel loro aspetto fisico, che ritengono essere brutto, non attraente, anormale o deforme (Criterio A). Le imperfezioni percepite non sono osservabili o appaiono agli altri individui solo in modo lieve. Le preoccupazioni variano dall'apparire "non attraente" o "non giusto/a" all'apparire "orribile" o "come un mostro". Le preoccupazioni possono essere focalizzate su una o molte aree corporee, più comunemente la pelle (per es., percepire acne, cicatrici, rughe, grinze, pallore), i capelli o i peli (per es., "diradamento" dei capelli o eccessiva peluria corporea o facciale) o il naso (per es., la grandezza o la forma). Tuttavia, qualsiasi parte del corpo può essere al centro della preoccupazione (per es., occhi, denti, peso, stomaco, seno, gambe, dimensione o forma del viso, labbra, mento, sopracciglia, genitali). Alcuni individui sono preoccupati per una percepita asimmetria delle aree del corpo. Le preoccupazioni sono intrusive, indesiderate, consumano tempo (verificandosi, in media, per 3-8 ore al giorno), ed è di solito difficile resistervi o controllarle.

In risposta alle preoccupazioni vengono messi in atto eccessivi comportamenti ripetitivi o azioni mentali (per es., confrontare) (Criterio B). L'individuo si sente spinto a mettere in atto questi comportamenti, che non sono piacevoli e possono aumentare l'ansia e la disforia. Essi portano tipicamente a consumo di tempo e a difficoltà nel resistervi o nel controllarli. I comportamenti più comuni sono: confrontare il proprio aspetto con quello degli altri; controllare ripetutamente allo specchio o su altre superfici riflettenti i difetti percepiti, oppure esaminarli direttamente; dedicarsi eccessivamente alla cura di sé (per es., pettinarsi, truccarsi, rasarsi, depilarsi o strapparsi peli); camuffarsi (per es., applicarsi ripetutamente il trucco o coprire le aree non gradite con cose come un cappello, abiti, trucco o i capelli); ricercare rassicurazione riguardo a come appaiono le imperfezioni percepite; toccarsi le aree non gradite per controllarle; fare eccessivo esercizio fisico o sollevamento pesi; ricercare trattamenti estetici. Alcuni individui si abbronzano eccessivamente (per es., per scurire la pelle "pallida" o ridurre l'acne percepita), si cambiano più volte d'abito (per es., per camuffare i difetti percepiti) o fanno acquisti compulsivi (per es., di prodotti di bellezza). Lo stuzzicamento della pelle compulsivo, atto a migliorare difetti cutanei percepiti, è comune e può causare lesioni cutanee, infezioni o rottura dei vasi sanguigni. La preoccupazione deve causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C); di solito sono presenti entrambi. Il disturbo di dismorfismo corporeo deve essere distinto da un disturbo alimentare.

Il *dismorfismo muscolare*, una forma del disturbo di dismorfismo corporeo che si verifica quasi esclusivamente nei maschi, consiste nella preoccupazione riguardo all'idea che il proprio corpo sia troppo piccolo o insufficientemente snello o muscoloso. Gli

individui con questa forma di disturbo hanno in realtà un corpo normale o sono anche molto muscolosi. Essi possono anche essere preoccupati per altre aree corporee, come la pelle o i capelli. In maggioranza (ma non tutti) seguono una dieta, fanno esercizio fisico e/o sollevamento pesi in modo eccessivo, talvolta causando danni corporei. Alcuni fanno uso di steroidi androgeni-anabolizzanti e altre sostanze potenzialmente pericolose per cercare di rendere il proprio corpo più grosso e più muscoloso. Il disturbo di dismorfismo corporeo per procura è una forma di disturbo di dismorfismo corporeo in cui gli individui sono preoccupati per i difetti che percepiscono nell'aspetto di un'altra persona.

L'insight relativo alle convinzioni del disturbo di dismorfismo corporeo può variare da buono ad assente/delirante (cioè convinzioni deliranti che consistono nella piena convinzione che la visione del proprio aspetto sia corretta e non distorta). In media, l'insight è scarso; allo stato attuale, un terzo o più degli individui ha convinzioni deliranti legate al disturbo di dismorfismo corporeo. Gli individui con disturbo di dismorfismo corporeo delirante tendono ad avere una maggiore morbilità in alcune aree (per es., tendenza al suicidio), ma questo appare giustificato dalla loro tendenza ad avere una sintomatologia del disturbo di dismorfismo corporeo più grave.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Molti individui con disturbo di dismorfismo corporeo hanno idee o deliri di riferimento, credendo che altre persone li notino in modo particolare o li deridano a causa del loro aspetto. Il disturbo di dismorfismo corporeo è associato ad alti livelli di ansia, ansia sociale, evitamento sociale, umore depresso, nevroticismo e perfezionismo, oltre a bassa estroversione e bassa autostima. Molti individui si vergognano del loro aspetto e della loro eccessiva concentrazione sull'aspetto fisico, e sono riluttanti nel rivelare le loro preoccupazioni ad altri. La maggior parte degli individui si sottopone a un trattamento estetico per tentare di migliorare i difetti percepiti. I più comuni sono il trattamento dermatologico e la chirurgia, ma può essere richiesto qualunque tipo di intervento (per es., odontoiatrico, di elettrolisi). Occasionalmente, gli individui possono operarsi da soli. Il disturbo di dismorfismo corporeo sembra rispondere scarsamente a tali trattamenti e a volte peggiora. Alcuni individui intraprendono azioni legali o hanno comportamenti aggressivi nei confronti del medico a causa dell'insoddisfazione legata al risultato estetico.

Il disturbo di dismorfismo corporeo è stato associato a disfunzioni esecutive e ad anomalie del processamento visivo, con una propensione ad analizzare e codificare dettagli piuttosto che aspetti olistici o di configurazione generale dello stimolo visivo. Gli individui con questo disturbo tendono ad avere una propensione per interpretazioni negative e minacciose delle espressioni facciali e degli scenari ambigui.

Prevalenza

Il punto di prevalenza tra adulti statunitensi è del 2,4% (2,5% nelle femmine e 2,2% nei maschi). Al di fuori degli Stati Uniti (per es., in Germania) l'attuale prevalenza è di circa l'1,7-1,8%, con una distribuzione di genere simile a quella degli Stati Uniti. L'attuale prevalenza è del 9-15% tra pazienti dermatologici, del 7-8% tra pazienti di chirurgia estetica statunitensi, del 3-6% tra pazienti di chirurgia estetica internazionali (la maggior parte degli studi), dell'8% tra pazienti ortodontici e del 10% tra pazienti sottoposti a un'operazione chirurgica orale o maxillofacciale.

Sviluppo e decorso

L'età media di insorgenza del disturbo è 16-17 anni, l'età mediana di insorgenza è 15 anni e l'età di insorgenza più comune è 12-13 anni. In due terzi degli individui l'esordio del disturbo avviene prima dei 18 anni. I sintomi subclinici del disturbo di dismorfismo corporeo iniziano, in media, a 12 o 13 anni. Le preoccupazioni subcliniche di solito si sviluppano gradualmente fino al pieno disturbo, nonostante alcuni individui possano presentare un esordio improvviso del disturbo di dismorfismo corporeo. Di solito il disturbo di dismorfismo corporeo sembra avere un decorso cronico, anche se vi sono probabilità di miglioramento quando viene ricevuto un trattamento evidence-based. Le caratteristiche cliniche del disturbo appaiono in gran parte simili nei bambini/adolescenti e negli adulti. Il disturbo di dismorfismo corporeo si verifica anche in individui anziani, ma si sa poco riguardo al disturbo in questa fascia di età. Gli individui che hanno un esordio del disturbo prima dei 18 anni hanno più probabilità di tentare il suicidio, hanno maggiore comorbilità e hanno un esordio graduale (piuttosto che acuto) del disturbo rispetto agli individui con esordio del disturbo di dismorfismo corporeo in età adulta.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Il disturbo di dismorfismo corporeo è stato associato ad alti tassi di trascuratezza e abuso durante l'infanzia.

Fattori genetici e fisiologici. La prevalenza del disturbo di dismorfismo corporeo è elevata nei parenti di primo grado di individui con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il disturbo di dismorfismo corporeo è stato riportato a livello internazionale. Sembra che il disturbo possa avere più somiglianze che differenze tra razze e culture, ma che i valori e le peculiarità culturali possano influenzare in qualche misura il contenuto dei sintomi. Il *taijin kyofusho*, incluso nel tradizionale sistema diagnostico giapponese, possiede un sottotipo simile al disturbo di dismorfismo corporeo: *shubo-kyofu* ("la fobia di un corpo deforme").

Aspetti diagnostici correlati al genere

Femmine e maschi sembrano avere più somiglianze che differenze per quanto riguarda la maggior parte delle caratteristiche cliniche: per esempio, zone corporee non gradite, tipi di comportamenti ripetitivi, gravità dei sintomi, suicidalità, comorbilità, decorso della malattia, e il ricorrere a trattamenti estetici per il disturbo di dismorfismo corporeo. Tuttavia, i maschi hanno più probabilità di avere preoccupazioni legate ai genitali, e le femmine hanno più probabilità di avere un disturbo alimentare in comorbilità. Il dismorfismo muscolare si verifica quasi esclusivamente negli uomini.

Rischio di suicidio

I tassi dell'ideazione suicidaria e dei tentativi di suicidio sono alti sia negli adulti sia nei bambini/adolescenti con disturbo di dismorfismo corporeo. Inoltre, il rischio di suicidio sembra essere alto negli adolescenti. Una sostanziale percentuale di individui attribuisce l'ideazione suicidaria o i tentativi di suicidio principalmente alle preoccupazioni per l'aspetto fisico. Gli individui con disturbo di dismorfismo corporeo presentano

molti fattori di rischio per la messa in atto del suicidio, come alti tassi di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio, caratteristiche demografiche associate al suicidio, e alti tassi di comorbilità con il disturbo depressivo maggiore.

Conseguenze funzionali del disturbo di dismorfismo corporeo

Quasi tutti gli individui con disturbo di dismorfismo corporeo vivono una compromissione del funzionamento psicosociale a causa delle loro preoccupazioni per l'aspetto fisico. La compromissione può variare da moderata (per es., evitamento di alcune situazioni sociali) a molto grave e invalidante (per es., essere completamente costretti in casa). In media, il funzionamento psicosociale e la qualità della vita sono decisamente scarsi. Sintomi più gravi del disturbo di dismorfismo corporeo sono associati a un funzionamento peggiore e a una qualità della vita più scarsa. La maggior parte degli individui sperimenta una compromissione del proprio funzionamento in ambito lavorativo, scolastico o di ruolo (per es., come genitore o caregiver), che risulta essere spesso grave (per es., scarso rendimento, assenteismo scolastico o lavorativo, non lavorare). Circa il 20% dei giovani con disturbo di dismorfismo corporeo presenta abbandono scolastico principalmente a causa dei sintomi del disturbo di dismorfismo corporeo. La compromissione del funzionamento sociale (per es., attività sociali, relazioni, intimità), incluso l'evitamento, è comune. Gli individui possono essere costretti in casa dai sintomi del disturbo di dismorfismo corporeo, a volte anche per anni. Un'alta percentuale di adulti e adolescenti è stata ricoverata in ospedale psichiatrico.

Diagnosi differenziale

Normali preoccupazioni relative all'aspetto e a difetti fisici evidenti. Il disturbo di dismorfismo corporeo differisce dalle normali preoccupazioni relative all'aspetto in quanto esso è caratterizzato da eccessive preoccupazioni legate all'aspetto e da comportamenti ripetitivi che consumano tempo, è di solito difficile resistervi o controllarli, e causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento. I difetti fisici che sono chiaramente evidenti (cioè non lievi) non vengono diagnosticati come disturbo di dismorfismo corporeo. Tuttavia, lo stuzzicamento della pelle come sintomo del disturbo di dismorfismo corporeo può causare notevoli lesioni cutanee e cicatrici; in questi casi dovrebbe essere diagnosticato il disturbo di dismorfismo corporeo.

Disturbi alimentari. In un individuo con un disturbo alimentare, le preoccupazioni relative all'essere grasso sono considerate un sintomo del disturbo alimentare piuttosto che del disturbo di dismorfismo corporeo. Tuttavia, nel disturbo di dismorfismo corporeo possono verificarsi preoccupazioni che riguardano il peso. I disturbi alimentari e il disturbo di dismorfismo corporeo possono trovarsi in comorbilità, in tal caso dovrebbero essere diagnosticati entrambi.

Altri disturbi ossessivo-compulsivo e correlati. Le preoccupazioni e i comportamenti ripetitivi del disturbo di dismorfismo corporeo differiscono dalle ossessioni e compulsioni del DOC in quanto il primo è focalizzato solo sull'aspetto fisico. Questi disturbi presentano altre differenze, come un insight più scarso nel disturbo di dismorfismo corporeo. Quando lo stuzzicamento della pelle è atto a migliorare i difetti cutanei percepiti, viene diagnosticato come disturbo di dismorfismo corporeo, piuttosto che come disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle). Quando la depilazione (staccando, tirando o attraverso altri modi di rimozione) è atta a migliorare i difetti percepiti nell'aspetto della peluria facciale o corporea, viene diagnosticato il disturbo di dismorfismo corporeo, piuttosto che la tricotillomania (disturbo da strappamento di peli).

Disturbo da ansia di malattia. Gli individui con disturbo di dismorfismo corporeo non sono preoccupati dall'avere o contrarre malattie e non hanno livelli di somatizzazione particolarmente elevati.

Disturbo depressivo maggiore. La preminente preoccupazione relativa all'aspetto e gli eccessivi comportamenti ripetitivi del disturbo di dismorfismo corporeo lo differenziano dal disturbo depressivo maggiore. Tuttavia, il disturbo depressivo maggiore e i sintomi depressivi sono comuni negli individui con disturbo di dismorfismo corporeo, apparendo spesso come secondari al disagio e alla compromissione che il disturbo di dismorfismo corporeo causa. Il disturbo di dismorfismo corporeo dovrebbe essere diagnosticato in individui depressi se sono soddisfatti i criteri diagnostici per il disturbo di dismorfismo corporeo.

Disturbi d'ansia. Ansia sociale ed evitamento sono comuni nel disturbo di dismorfismo corporeo. Tuttavia, a differenza del disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), dell'agorafobia e del disturbo evitante di personalità, il disturbo di dismorfismo corporeo comprende una preminente preoccupazione legata all'aspetto, che può essere delirante, e comportamenti ripetitivi, e l'ansia sociale e l'evitamento sono dovuti alle preoccupazioni riguardanti i difetti percepiti nell'aspetto fisico e alla convinzione o al timore che gli altri possano considerare questi individui brutti, ridicoli, o rifiutarli a causa delle loro caratteristiche fisiche. Diversamente dal disturbo d'ansia generalizzata, nel disturbo di dismorfismo corporeo l'ansia e la preoccupazione si concentrano sui difetti percepiti dell'aspetto.

Disturbi psicotici. Molti individui con disturbo di dismorfismo corporeo hanno convinzioni deliranti legate all'aspetto (cioè la piena convinzione che la loro visione dei difetti percepiti sia corretta), cosa che viene diagnosticata come disturbo di dismorfismo corporeo con insight assente/convinzioni deliranti, e non come disturbo delirante. Idee o deliri di riferimento legati all'aspetto sono comuni nel disturbo di dismorfismo corporeo; tuttavia, a differenza della schizofrenia o del disturbo schizoaffettivo, il disturbo di dismorfismo corporeo coinvolge preminenti preoccupazioni per l'aspetto e gli associati comportamenti ripetitivi, mentre risultano assenti il comportamento disorganizzato e altri sintomi psicotici (a eccezione delle convinzioni riguardanti l'aspetto, che possono essere deliranti).

Altri disturbi e sintomi. Il disturbo di dismorfismo corporeo non dovrebbe essere diagnosticato se la preoccupazione è limitata al malessere o al desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie in un individuo con disforia di genere, oppure se la preoccupazione è focalizzata sulla convinzione di emettere un odore disgustoso o insopportabile come nella sindrome da riferimento olfattivo (che non fa parte dei disturbi del DSM-5). Il disturbo dell'identità dell'integrità corporea (apotemnofilia) (che non fa parte dei disturbi del DSM-5) comporta il desiderio di avere un arto amputato al fine di correggere la discrepanza tra il senso di identità corporea di una persona e la sua attuale anatomia. Tuttavia, la preoccupazione non è focalizzata sull'aspetto dell'arto, come sarebbe nel disturbo di dismorfismo corporeo. Il *Koro*, un disturbo correlato alla cultura che si presenta di solito nel Sudest asiatico, consiste nel timore che il pene (nelle femmine le piccole labbra, i capezzoli o le mammelle) si stia restringendo o ritraendo e scompaia all'interno dell'addome, accompagnato spesso dalla convinzione che ciò comporterà la morte. Il Koro differisce dal disturbo di dismorfismo corporeo in diversi modi, tra cui una particolare attenzione per la morte piuttosto

che la preoccupazione per la bruttezza percepita. La *preoccupazione dismorfica* (che non fa parte dei disturbi del DSM-5) è un costrutto molto più ampio rispetto al disturbo di dismorfismo corporeo e non equivale a esso. Comporta sintomi che riflettono un'eccessiva preoccupazione riguardo a lievi difetti o imperfezioni immaginarie nell'aspetto.

Comorbilità

Il disturbo depressivo maggiore è il disturbo che si trova più frequentemente in comorbilità, con esordio solitamente successivo a quello del disturbo di dismorfismo corporeo. Anche il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), il DOC e i disturbi correlati a sostanze sono frequentemente in comorbilità.

Disturbo da accumulo 300.3 (F42)

Criteri diagnostici

A. Persistente difficoltà di gettare via o separarsi dai propri beni, a prescindere dal loro valore reale.

B. Questa difficoltà è dovuta a un bisogno percepito di conservare gli oggetti e al disagio associato al gettarli via.

C. La difficoltà di gettare via i propri beni produce un accumulo che congestiona e ingombra gli spazi vitali e ne compromette sostanzialmente l'uso previsto. Se gli spazi vitali sono sgombri, è solo grazie all'intervento di terze parti (per es., familiari, addetti alle pulizie, autorità).

D. L'accumulo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (incluso il mantenimento di un ambiente sicuro per sé e per gli altri).

E. L'accumulo non è attribuibile a un'altra condizione medica (per es., trauma cranico, disturbo cerebrovascolare, sindrome di Prader-Willi).

F. L'accumulo non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale (per es., ossessioni nel disturbo ossessivo-compulsivo, ridotta energia nel disturbo depressivo maggiore, deliri nella schizofrenia o in altri disturbi psicotici, deficit cognitivi nel disturbo neurocognitivo maggiore, interessi ristretti nel disturbo dello spettro dell'autismo).

Specificare se:

Con acquisizione eccessiva: Se la difficoltà di gettare via i beni è accompagnata da eccessiva acquisizione di oggetti che non sono necessari o per i quali non vi è sufficiente spazio.

Specificare se:

Con insight buono o sufficiente: L'individuo riconosce che le convinzioni e i comportamenti correlati all'accumulo (pertinenti alla difficoltà di gettare via gli oggetti, all'ingombro o all'eccessiva acquisizione) sono problematici.

Con insight scarso: L'individuo è per lo più sicuro che le convinzioni e i comportamenti correlati all'accumulo (pertinenti alla difficoltà di gettare via gli oggetti, all'ingombro o all'eccessiva acquisizione) non sono problematici, nonostante vi sia prova del contrario.

Con insight assente/convinzioni deliranti: L'individuo è assolutamente sicuro che le convinzioni e i comportamenti correlati all'accumulo (pertinenti alla difficoltà di gettare via gli oggetti, all'ingombro o all'eccessiva acquisizione) non sono problematici, nonostante vi sia prova del contrario.

Specificatori

Con acquisizione eccessiva. Circa l'80-90% degli individui con disturbo da accumulo mostra un'eccessiva acquisizione. La forma di acquisizione più frequente è l'acquisto eccessivo, seguito dall'acquisizione di oggetti gratuiti (per es., volantini, oggetti gettati da altri). Il furto è meno comune. Alcuni individui possono negare l'eccessiva acquisizione quando vengono esaminati per la prima volta, tuttavia questo può emergere più tardi, durante il corso del trattamento. Gli individui con disturbo da accumulo solitamente avvertono disagio quando non possono o viene loro impedito di acquisire oggetti.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo da accumulo è la persistente difficoltà di gettare via o separarsi dai propri beni, a prescindere dal loro valore reale (Criterio A). Il termine *persistente* indica una difficoltà di lunga data piuttosto che una circostanza transitoria della vita che può portare a eccessivo ingombro, come ereditare dei beni. La difficoltà di gettare via i beni evidenziata nel Criterio A si riferisce a qualsiasi forma di smaltimento, tra cui buttare via, vendere, dare via o riciclare. Le principali ragioni addotte per giustificare questa difficoltà sono l'utilità percepita o il valore estetico degli oggetti oppure il forte legame affettivo con i beni. Alcuni individui si sentono responsabili per la sorte dei loro beni e spesso fanno di tutto per evitare che vengano sprecati. Il timore di perdere informazioni importanti è altrettanto comune. Gli oggetti più comunemente conservati sono giornali, riviste, vestiti vecchi, borse, libri, posta e documenti, ma potenzialmente qualsiasi oggetto può essere conservato. La natura degli oggetti non è limitata a beni che la maggior parte delle persone definirebbe inutili o di poco valore. Molti individui collezionano e conservano anche un gran numero di oggetti preziosi, che si trovano spesso in pile mischiati con altri oggetti di minor valore.

Gli individui con disturbo da accumulo conservano di proposito i propri beni e sperimentano un disagio di fronte alla prospettiva di gettarli via (Criterio B). Questo criterio sottolinea che la conservazione dei beni è intenzionale, il che differenzia il disturbo da accumulo da altre forme di psicopatologia che si caratterizzano per l'accumulo passivo di oggetti o per l'assenza di disagio quando i propri beni vengono eliminati.

Gli individui accumulano grandi quantità di oggetti che riempiono e ingombrano gli spazi vitali al punto che l'uso previsto non è più possibile (Criterio C). Per esempio, l'individuo può non essere più in grado di cucinare in cucina, di dormire nel proprio letto o di sedere su una sedia. Se lo spazio può essere utilizzato, questo avviene solo con grande difficoltà. L'*ingombro* viene definito come un ampio gruppo di oggetti, di solito non collegati tra loro o collegati solo marginalmente, che vengono ammucchiati in modo disorganizzato in spazi progettati per altri scopi (per es., tavoli, pavimento, disimpegni). Il Criterio C pone l'accento sugli "spazi vitali" della casa, piuttosto che sulle aree più periferiche, come garage, soffitte o cantine, che a volte sono ingombre anche nelle case degli individui senza disturbo da accumulo. Tuttavia, gli individui con disturbo da accumulo spesso hanno beni che si riversano al di fuori degli spazi vitali e possono occupare e compromettere l'utilizzo di altri spazi, come automobili, cortili, luoghi di lavoro e case di amici e parenti. In alcuni casi, gli spazi vitali possono essere sgombri grazie all'intervento di terze parti (per es., familiari, addetti alle pulizie, autorità locali). Gli individui che sono stati costretti a riordinare le loro case continuano ad avere un quadro sintomatologico che soddisfa i criteri per il disturbo da accumulo perché la mancanza di ingombro è dovuta all'intervento di terze parti. Il disturbo da

accumulo contrasta con il normale collezionismo, che risulta organizzato e sistematico, anche se in alcuni casi la quantità effettiva di beni può essere simile alla quantità accumulata da un individuo con disturbo da accumulo. Il normale collezionismo non produce l'ingombro, il disagio o la compromissione tipici del disturbo da accumulo.

I sintomi (cioè la difficoltà di gettare via e/o l'ingombro) devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, incluso il mantenimento di un ambiente sicuro per sé e per gli altri (Criterio D). In alcuni casi, in particolare quando vi è scarso insight, l'individuo può non riferire disagio, e la compromissione può essere evidente solo alle persone vicine all'individuo. Tuttavia, qualsiasi tentativo di terze parti di disfarsi o di gettare via o riordinare i beni provoca alti livelli di disagio.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Altre caratteristiche comuni del disturbo da accumulo includono indecisione, perfezionismo, evitamento, procrastinazione, difficoltà di pianificare e organizzare attività, e distraibilità. Alcuni individui con disturbo da accumulo vivono in condizioni antigieniche che possono essere una logica conseguenza di spazi gravemente ingombri e/o che sono associate alle difficoltà di pianificazione e organizzazione. *L'accumulo di animali* può essere definito come l'accumulo di un gran numero di animali e il fallimento nel fornire a essi standard minimi di nutrizione, igiene e cure veterinarie e nel provvedere in caso di peggioramento delle condizioni degli animali (compresa la malattia, la fame o la morte) e dell'ambiente (per es., grave sovraffollamento, condizioni gravemente insalubri). L'accumulo di animali può essere una manifestazione particolare del disturbo da accumulo. La maggior parte degli individui che accumula animali accumula anche oggetti inanimati. Le differenze più evidenti tra l'accumulo di animali e l'accumulo di oggetti sono l'entità delle condizioni antigieniche e un insight più scarso nell'accumulo di animali.

Prevalenza

Non sono disponibili studi rappresentativi a livello nazionale di prevalenza del disturbo da accumulo. Le indagini sulla popolazione stimano che il punto di prevalenza dell'accumulo clinicamente significativo negli Stati Uniti e in Europa sia intorno al 2-6%. Il disturbo da accumulo colpisce sia maschi sia femmine, ma alcuni studi epidemiologici hanno riportato una prevalenza significativamente maggiore tra i maschi. Questo è in contrasto con i campioni clinici, che sono costituiti per lo più da femmine. I sintomi dell'accumulo sembrano essere quasi tre volte più prevalenti in individui più anziani (55-94 anni di età) rispetto a adulti più giovani (34-44 anni di età).

Sviluppo e decorso

L'accumulo sembra esordire precocemente nella vita e si estende fino agli ultimi stadi. I sintomi dell'accumulo possono emergere intorno agli 11-15 anni, iniziano a interferire con il funzionamento quotidiano verso la metà del secondo decennio e causano una significativa compromissione intorno alla metà del terzo decennio. Gli individui che prendono parte a studi clinici di ricerca sono di solito nel decennio dei cinquanta. Perciò, la gravità dell'accumulo aumenta a ogni decade di vita. Una volta che i sintomi hanno inizio, il decorso dell'accumulo è spesso cronico, con pochi individui che riferiscono un decorso con oscillazioni sintomatologiche.

L'accumulo patologico nei bambini sembra essere facilmente distinguibile dai comportamenti adattivi ed evolutivi di conservazione e collezionismo. Poiché bambini e adolescenti di solito non controllano il proprio ambiente di vita e i comportamenti di smaltimento, al momento della diagnosi dovrebbe essere considerato il possibile intervento di terze parti (per es., i genitori che mantengono gli spazi utilizzabili, riducendo quindi le interferenze).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. L'indecisione è una caratteristica fondamentale degli individui con disturbo da accumulo e dei loro parenti di primo grado.

Fattori ambientali. Gli individui con disturbo da accumulo spesso riferiscono retrospettivamente eventi di vita stressanti e traumatici che precedono l'insorgenza del disturbo o che ne causano l'esacerbazione.

Fattori genetici e fisiologici. Il comportamento di accumulo è ereditario, e circa il 50% degli individui che accumulano riferisce di avere parenti che accumulano. Studi sui gemelli indicano che circa il 50% della variabilità nel comportamento di accumulo è attribuibile a fattori genetici additivi.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Mentre la maggior parte della ricerca è stata effettuata in paesi industrializzati e comunità urbane occidentali, i dati disponibili provenienti da paesi non occidentali e in via di sviluppo suggeriscono che l'accumulo sia un fenomeno universale con caratteristiche cliniche costanti.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le caratteristiche principali del disturbo da accumulo (cioè difficoltà di gettare via oggetti, eccessiva quantità di ingombro) sono generalmente confrontabili tra maschi e femmine, ma le femmine tendono a mostrare più comportamenti di eccessiva acquisizione, in particolare acquisti eccessivi, rispetto ai maschi.

Conseguenze funzionali del disturbo da accumulo

L'ingombro compromette le attività di base, come muoversi all'interno della casa, cucinare, pulire, occuparsi dell'igiene personale, e anche dormire. Gli elettrodomestici possono essere rotti, e le utenze come acqua ed elettricità possono essere staccate, in quanto l'accesso per i lavori di riparazione può essere difficoltoso. La qualità della vita è spesso considerevolmente compromessa. In casi gravi, l'accumulo può mettere gli individui in serio rischio di incendio, di caduta (soprattutto gli anziani), di scarsa igiene, e altri rischi per la salute. Il disturbo da accumulo è associato a compromissione lavorativa, scarsa salute fisica ed elevato utilizzo dei servizi sociali. I rapporti familiari sono spesso di grande tensione. È comune il conflitto con i vicini di casa e le autorità locali, e una percentuale consistente di individui con grave disturbo da accumulo è stata coinvolta in procedimenti legali di sfratto e alcuni hanno una storia di sfratto.

Diagnosi differenziale

Altre condizioni mediche. Il disturbo da accumulo non è diagnosticato se i sintomi sono giudicati essere la conseguenza diretta di un'altra condizione medica (Criterio E),

come trauma cranico, resezione chirurgica per il trattamento di un tumore o il controllo delle crisi epilettiche, disturbo cerebrovascolare, infezioni del sistema nervoso centrale (per es., encefalite da herpes simplex), oppure condizioni neurogenetiche come la sindrome di Prader-Willi. L'accumulo eccessivo di oggetti è stato associato soprattutto a un danno alla corteccia prefrontale ventromediale anteriore e alla corteccia cingolata. In questi individui, il comportamento di accumulo non è presente prima della comparsa del danno cerebrale e appare poco dopo il verificarsi del danno cerebrale. Alcuni di questi individui sembrano avere scarso interesse per gli oggetti accumulati e sono in grado di disfarsene facilmente o non gli importa se gli altri li gettano via, mentre altri sembrano essere molto riluttanti nel disfarsi di qualunque cosa.

Disturbi del neurosviluppo. Il disturbo da accumulo non viene diagnosticato se l'accumulo di oggetti è giudicato essere la conseguenza diretta di un disturbo del neurosviluppo, come il disturbo dello spettro dell'autismo o la disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo).

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici. Il disturbo da accumulo non viene diagnosticato se l'accumulo di oggetti è giudicato essere la conseguenza diretta di deliri o sintomi negativi nei disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Episodio depressivo maggiore. Il disturbo da accumulo non viene diagnosticato se l'accumulo di oggetti è giudicato essere la conseguenza diretta di ritardo psicomotorio, faticabilità o perdita di energia durante un episodio depressivo maggiore.

Disturbo ossessivo-compulsivo. Il disturbo da accumulo non viene diagnosticato se i sintomi sono giudicati essere la conseguenza diretta di ossessioni e compulsioni, come i timori di contaminazione o di danno, o sensazioni di incompletezza tipiche del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Le sensazioni di incompletezza (per es., perdita dell'identità o necessità di documentare e preservare tutte le esperienze di vita) sono i più frequenti sintomi di DOC associati a questa forma di accumulo. L'accumulo di oggetti può anche essere il risultato dell'evitamento persistente di rituali onerosi (per es., non gettare via gli oggetti al fine di evitare infiniti rituali di lavaggio o di controllo).

Nel DOC, il comportamento è generalmente indesiderato e crea forte disagio, e l'individuo non sperimenta alcun piacere o gratificazione da esso. Di solito non è presente eccessiva acquisizione; se è presente eccessiva acquisizione, gli oggetti sono acquisiti a causa di specifiche ossessioni (per es., la necessità di acquistare oggetti che sono stati accidentalmente toccati al fine di evitare di contaminare altre persone) e non a causa di un genuino desiderio di possedere tali oggetti. Gli individui che accumulano nel contesto di un DOC hanno anche più probabilità di accumulare oggetti bizzarri, come spazzatura, feci, urina, unghie, capelli, pannolini usati o cibo avariato. L'accumulo di tali oggetti è molto raro nel disturbo da accumulo.

Quando un grave comportamento di accumulo si manifesta in concomitanza con altri sintomi tipici del DOC, ma è indipendente da questi sintomi, è possibile diagnosticare sia un disturbo da accumulo sia un DOC.

Disturbi neurocognitivi. Il disturbo da accumulo non viene diagnosticato se l'accumulo di oggetti è giudicato essere la conseguenza diretta di un disturbo degenerativo, come il disturbo neurocognitivo associato alla degenerazione dei lobi frontotemporali o il morbo di Alzheimer. Di solito, l'insorgenza del comportamento di accumulo è graduale e segue l'insorgenza del disturbo neurocognitivo. Il comportamento di accumulo può essere accompagnato da trascuratezza per se stessi e grave squallore domestico, accanto ad altri sintomi neuropsichiatrici quali disinibizione, disturbo da gioco d'azzardo, rituali/stereotipie, tic e comportamenti autolesivi.

Comorbilità

Circa il 75% degli individui con disturbo da accumulo ha un disturbo dell'umore o un disturbo d'ansia in comorbilità. Le condizioni più frequenti in comorbilità sono il disturbo depressivo maggiore (più del 50% dei casi), il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) e il disturbo d'ansia generalizzata. Circa il 20% degli individui con disturbo da accumulo ha anche una sintomatologia che soddisfa i criteri diagnostici del DOC. Queste comorbilità possono spesso essere la ragione principale per la consultazione, in quanto gli individui riferiscono raramente i sintomi del disturbo da accumulo in modo spontaneo, e tali sintomi spesso non vengono indagati durante i colloqui clinici di routine.

Tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) 312.39 (F63.3)

Criteri diagnostici

A. Ricorrente strapparsi capelli o peli, che porta a perdita di capelli o peli.

B. Ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo strapparsi capelli o peli.

C. Lo strapparsi capelli o peli causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. Lo strapparsi capelli o peli o la loro perdita non sono attribuibili a un'altra condizione medica (per es., una condizione dermatologica).

E. Lo strapparsi capelli o peli non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale (per es., tentativi di migliorare un percepito difetto o imperfezione nel disturbo di dismorfismo corporeo).

Caratteristiche diagnostiche

La manifestazione fondamentale della tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) è lo strapparsi in modo ricorrente capelli o peli (Criterio A). Lo strappamento può verificarsi in qualsiasi area del corpo in cui crescono peli; le zone più comuni sono il cuoio capelluto, le sopracciglia e le ciglia, mentre le zone meno comuni sono le aree ascellari, facciali, pubiche e perianali. Le zone di strappamento possono variare nel tempo. Lo strappamento può avvenire in brevi episodi sparsi durante la giornata oppure in momenti più rari ma più prolungati, che possono continuare per ore, e tale strappamento può perdurare per mesi o anni. Il Criterio A richiede che lo strappamento porti a perdita di capelli o peli, anche se gli individui con questo disturbo possono strappare capelli o peli con una modalità ampiamente distribuita (cioè strappando peli singoli sparsi in una zona), in modo che la perdita di capelli o peli non sia chiaramente visibile. In alternativa, gli individui possono tentare di nascondere o camuffare la perdita di capelli o peli (per es., usando trucco, sciarpe o parrucche). Gli individui con tricotillomania hanno compiuto ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo strapparsi capelli o peli (Criterio B). Il Criterio C indica che lo strapparsi capelli o peli causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Il termine *disagio* include affetti

negativi che possono essere vissuti dagli individui in relazione allo strappamento, come imbarazzo, vergogna e la sensazione di perdita di controllo. Una compromissione significativa può verificarsi in diverse aree del funzionamento (per es., sociale, lavorativo, scolastico e del tempo libero), in parte a causa dell'evitamento del lavoro, della scuola o di altre situazioni pubbliche.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Lo strapparsi capelli o peli può essere accompagnato da una gamma di comportamenti o rituali che li coinvolgono. Così, gli individui possono cercare un particolare tipo di capelli o peli da strappare (per es., capelli o peli con una trama o un colore specifici), possono tentare di strappare i capelli o i peli in un modo specifico (per es., in modo che la radice esca intatta) o possono esaminare il capello in modo visivo, oppure manipolarlo tattilmente o oralmente dopo che è stato strappato (per es., attorcigliare i capelli o i peli tra le dita, inserire la ciocca tra i denti, mordere i capelli o i peli fino a spezzettarli o ingerirli).

Lo strapparsi capelli o peli può anche essere preceduto o accompagnato da vari stati emotivi; esso può essere innescato da sentimenti di ansia o noia, può essere preceduto da un aumentato senso di tensione (o immediatamente prima di strappare i capelli o i peli o quando si tenta di resistere all'impulso di strappare), oppure può portare a gratificazione, piacere o a un senso di sollievo quando il capello o il pelo viene strappato. Il comportamento di strappamento può coinvolgere vari gradi di consapevolezza, tali per cui alcuni individui mostrano una maggiore attenzione focalizzata sul proprio strapparsi capelli o peli (con precedente tensione e conseguente sollievo), mentre altri individui mostrano un comportamento più automatico (in cui lo strappamento sembra verificarsi senza piena consapevolezza). Molti individui riferiscono un mix di entrambi gli stili comportamentali. Alcuni individui vivono una sensazione "simile al prurito" o di formicolio a livello del cuoio capelluto, che viene alleviata dall'atto di strapparsi i capelli. Di solito lo strappamento non è accompagnato da dolore.

I pattern di perdita dei capelli o dei peli sono molto variabili. Sono comuni aree di completa alopecia, così come zone di densità capillare diradata. Quando è coinvolto il cuoio capelluto, può esservi una predilezione per lo strapparsi i capelli nelle regioni parietali e della corona. Può esservi un pattern di calvizie quasi completa tranne che per uno stretto perimetro intorno ai margini esterni del cuoio capelluto, in particolare alla nuca ("tricotillomania a tonsura"). Le sopracciglia e le ciglia possono essere completamente assenti.

Lo strapparsi capelli o peli di solito non si manifesta in presenza di altre persone, tranne i familiari più stretti. Alcuni individui hanno l'impulso di strappare capelli o peli ad altre persone, e talvolta possono cercare l'opportunità di farlo di nascosto. Alcuni individui possono strappare capelli o peli dalle bambole, dagli animali domestici o da altri materiali fibrosi (per es., maglioni o tappeti). Alcuni individui possono negare il loro strappare capelli o peli agli altri. La maggioranza degli individui con tricotillomania presenta anche uno o più comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo, tra cui stuzzicarsi la pelle, mangiarsi le unghie e morsicarsi il labbro.

Prevalenza

Nella popolazione generale, la prevalenza annuale stimata per la tricotillomania in adulti e adolescenti è dell'1-2%. Il disturbo è più frequente nelle femmine rispetto ai maschi, con un rapporto di circa 10:1. Questa stima riflette probabilmente il vero rapporto maschi/femmine della condizione, anche se può riflettere una differente ricerca di trattamento in base al genere o agli atteggiamenti culturali riguardo all'aspetto (per es., accettazione della normale perdita di capelli o peli negli uomini). Tra i bambini con tricotillomania, maschi e femmine sono rappresentati più equamente.

Sviluppo e decorso

Lo strapparsi capelli o peli può essere osservato nei bambini piccoli, ma questo comportamento si risolve solitamente durante le prime fasi dello sviluppo. La maggior parte delle volte l'esordio dello strapparsi capelli o peli nella tricotillomania coincide con la pubertà o ne segue l'esordio. Le zone di strappamento possono variare nel tempo. Di solito il decorso della tricotillomania è cronico, con oscillazioni sintomatologiche se il disturbo non è trattato. I sintomi possono eventualmente peggiorare nelle femmine in cui si verificano modificazioni ormonali (per es., mestruazioni, perimenopausa). Per alcuni individui, il disturbo può presentarsi e scomparire per settimane, mesi o anni. Una minoranza di individui va incontro a remissione, senza una successiva ricaduta, entro pochi anni dall'esordio.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Esistono evidenze di una vulnerabilità genetica alla tricotillomania. Il disturbo è più comune negli individui con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e nei loro parenti di primo grado rispetto alla popolazione generale.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La tricotillomania sembra manifestarsi in modo simile tra le culture, nonostante vi sia una scarsità di dati relativi alle regioni non occidentali.

Marker diagnostici

La maggior parte degli individui con tricotillomania ammette di strapparsi i capelli o i peli; pertanto, la diagnosi dermatologica è raramente necessaria. La biopsia della pelle e la dermatoscopia (o tricoscopia) della tricotillomania sono in grado di differenziare il disturbo da altre cause di alopecia. Nella tricotillomania, la dermatoscopia mostra una gamma di caratteristiche tipiche, tra cui diminuita densità di capelli o peli, peluria corta e capelli o peli spezzati con diverse lunghezze del fusto.

Conseguenze funzionali della tricotillomania (disturbo da strappamento di peli)

La tricotillomania è associata a disagio così come a compromissione sociale e lavorativa. Possono esservi danni irreversibili che riguardano la crescita e la qualità del capello. Rare conseguenze mediche della tricotillomania includono porpora alle dita, danni muscoloscheletrici (per es., sindrome del tunnel carpale, dolore a schiena, spalle e collo), blefarite e lesioni dentali (per es., denti consumati o spezzati a causa del mordere i capelli o peli). L'ingestione di capelli o peli (tricofagia) può portare a tricobezoari, con conseguente anemia, dolore addominale, ematemesi, nausea e vomito, ostruzione dell'intestino e persino perforazione.

Diagnosi differenziale

Normale rimozione o manipolazione di capelli o peli. La tricotillomania non dovrebbe essere diagnosticata quando la rimozione di capelli o peli è agita unicamente per ragioni estetiche (cioè per migliorare il proprio aspetto fisico). Molti individui attorcigliano e giocano con i propri capelli o peli, ma questo comportamento solitamente non ha i requisiti per una diagnosi di tricotillomania. Alcuni individui possono mordere i propri capelli o peli piuttosto che strapparli; di nuovo, ciò non ha i requisiti per una diagnosi di tricotillomania.

Altri disturbi ossessivo-compulsivo e correlati. Individui con DOC e preoccupazioni di simmetria possono strappare i capelli o i peli come parte dei loro rituali di simmetria, e individui con disturbo di dismorfismo corporeo possono rimuovere la peluria corporea percepita come sgradevole, asimmetrica o anormale; in tali casi, non viene posta diagnosi di tricotillomania. La descrizione del disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo nel disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione esclude gli individui che soddisfano i criteri diagnostici per la tricotillomania.

Disturbi del neurosviluppo. Nei disturbi del neurosviluppo, lo strapparsi capelli o peli può corrispondere alla definizione delle stereotipie (per es., nel disturbo da movimento stereotipato). I tic (nei disturbi da tic) portano raramente a strapparsi capelli o peli.

Disturbo psicotico. Gli individui con un disturbo psicotico possono rimuovere capelli o peli come conseguenza di un delirio o di un'allucinazione. In tali casi non viene diagnosticata la tricotillomania.

Un'altra condizione medica. La tricotillomania non viene diagnosticata se lo strappamento o la perdita di capelli o peli sono attribuibili a un'altra condizione medica (per es., infiammazione della pelle o altre condizioni dermatologiche). Altre cause di alopecia cicatriziale (per es., alopecia areata, alopecia androgenetica, telogen effluvium) o alopecia non cicatriziale (per es., lupus eritematoso discoide cronico, lichen planopilare, alopecia cicatriziale centrifuga centrale, pseudoarea, follicolite decalvante, follicolite dissecante, acne cheloidea della nuca) dovrebbero essere considerate in individui con perdita di capelli o peli che negano di strapparseli. La biopsia della pelle o la dermatoscopia possono essere usate per differenziare gli individui con tricotillomania da quelli con disturbi dermatologici.

Disturbi correlati a sostanze. I sintomi dello strapparsi capelli o peli possono essere esacerbati da determinate sostanze – per esempio, stimolanti – ma è meno probabile che le sostanze siano la causa primaria di un persistente strapparsi capelli o peli.

Comorbilità

La tricotillomania è spesso accompagnata da altri disturbi mentali, i più comuni dei quali sono il disturbo depressivo maggiore e il disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle). Sintomi ripetitivi focalizzati sul corpo diversi dallo strapparsi capelli o peli e dallo stuzzicarsi la pelle (per es., mangiarsi le unghie) si verificano nella maggior parte degli individui con tricotillomania e possono meritare una diagnosi aggiuntiva di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione (cioè disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo).

Disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle) 698.4 (L98.1)

Criteri diagnostici

A. Ricorrente stuzzicamento della pelle che causa lesioni cutanee.

B. Ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo stuzzicamento della pelle.

C. Lo stuzzicamento della pelle causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. Lo stuzzicamento della pelle non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., cocaina) o di un'altra condizione medica (per es., scabbia).

E. Lo stuzzicamento della pelle non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale (per es., deliri o allucinazioni tattili in un disturbo psicotico, tentativi di migliorare difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto nel disturbo di dismorfismo corporeo, stereotipie nel disturbo da movimento stereotipato o intenzione autolesiva nell'autolesionismo non suicidario).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale del disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle) è il ricorrente stuzzicamento della propria pelle (Criterio A). Le aree più comunemente stuzzicate sono il volto, le braccia e le mani, ma molti individui possono stuzzicare aree corporee multiple. Gli individui possono stuzzicare la pelle sana, le irregolarità cutanee minori, come brufoli o calli, oppure le croste dovute a stuzzicamento precedente. La maggior parte degli individui si stuzzica con le unghie, anche se molti usano pinzette, spilli o altri oggetti. Oltre allo stuzzicamento della pelle, può esservi sfregamento, spremitura, punture e morsicatura della pelle. Gli individui con disturbo da escoriazione trascorrono spesso una notevole quantità di tempo mettendo in atto il loro comportamento di stuzzicamento, a volte diverse ore al giorno, e tale stuzzicamento della pelle può durare per mesi o anni. Il Criterio A richiede che lo stuzzicamento della pelle porti a lesioni cutanee, sebbene gli individui con questo disturbo tentino spesso di nascondere o camuffare tali lesioni (per es., attraverso il trucco o l'abbigliamento). Gli individui con disturbo da escoriazione hanno compiuto ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo stuzzicamento della pelle (Criterio B).

Il Criterio C indica che lo stuzzicamento della pelle causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Il termine *disagio* include affetti negativi che possono essere vissuti dagli individui in relazione allo stuzzicamento della pelle, come imbarazzo, vergogna e la sensazione di perdita di controllo. Una compromissione significativa può verificarsi in diverse aree del funzionamento (per es., sociale, lavorativo, scolastico e del tempo libero), in parte a causa dell'evitamento di situazioni sociali.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Lo stuzzicamento della pelle può essere accompagnato da una gamma di comportamenti o rituali che coinvolgono la pelle o le croste. Perciò, gli individui possono ricercare una particolare crosta da strappare e possono esaminare, giocare, tenere in bocca o ingerire la pelle dopo averla strappata. Lo stuzzicamento della pelle può anche essere preceduto o accompagnato da vari stati emotivi. Lo stuzzicamento della pelle può

essere innescato da sentimenti di ansia o noia, può essere preceduto da un aumentato senso di tensione (o immediatamente prima di stuzzicare la pelle o quando si tenta di resistere all'impulso di stuzzicarla), oppure può portare a gratificazione, piacere o un senso di sollievo quando la pelle o la crosta sono state stuzzicate. Alcuni individui riferiscono di stuzzicarsi in risposta a un'irregolarità minima della pelle o per ridurre una sensazione corporea sgradevole. Solitamente, lo stuzzicamento della pelle non è accompagnato da dolore. Alcuni individui si impegnano in uno stuzzicamento più attento (cioè preceduto da tensione e seguito da sollievo), mentre altri si impegnano in uno stuzzicamento più automatico (cioè quando lo stuzzicamento della pelle si verifica senza precedente tensione e senza piena consapevolezza) e molti possono presentare un mix di entrambi gli stili comportamentali. Lo stuzzicamento di solito non si manifesta in presenza di altre persone, tranne i familiari più stretti. Alcuni individui riferiscono di stuzzicare la pelle degli altri.

Prevalenza

Nella popolazione generale, la prevalenza lifetime del disturbo da escoriazione negli adulti è dell'1,4% o leggermente di più. Tre quarti o più degli individui con il disturbo sono femmine. Questo riflette probabilmente il vero rapporto maschi/femmine della condizione, anche se può riflettere una differente ricerca di trattamento in base al genere o agli atteggiamenti culturali riguardo all'aspetto.

Sviluppo e decorso

Nonostante gli individui con disturbo da escoriazione possano manifestare il disturbo a varie età, lo stuzzicamento della pelle esordisce più spesso durante l'adolescenza, frequentemente in coincidenza o a seguito dell'esordio della pubertà. Il disturbo ha spesso inizio con una condizione dermatologica, come l'acne. Le aree di stuzzicamento possono variare nel tempo. Di solito il decorso è cronico, con periodi di oscillazioni sintomatologiche se il disturbo non è trattato. Per alcuni individui, il disturbo può presentarsi e scomparire per settimane, mesi o anni.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Il disturbo da escoriazione è più comune negli individui con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e nei loro parenti di primo grado rispetto alla popolazione generale.

Marker diagnostici

La maggior parte degli individui con disturbo da escoriazione ammette di stuzzicarsi la pelle; pertanto, la diagnosi dermatologica è raramente necessaria. Tuttavia, il disturbo può avere caratteristiche tipiche di istopatologia.

Conseguenze funzionali del disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle)

Il disturbo da escoriazione è associato a disagio, così come a compromissione sociale e lavorativa. La maggioranza degli individui con il disturbo trascorre almeno 1 ora al giorno stuzzicando, pensando allo stuzzicamento e resistendo all'impulso di stuzzicare. Molti individui riferiscono di evitare eventi sociali o di svago, così come l'uscire in

pubblico. La gran parte degli individui con il disturbo riferisce anche di avere interferenze lavorative causate dallo stuzzicamento, su base almeno settimanale o giornaliera. Una percentuale significativa di studenti con disturbo da escoriazione riferisce di aver perso giorni di scuola, aver avuto difficoltà nel gestire le responsabilità a scuola o aver avuto difficoltà di studiare a causa dello stuzzicamento della pelle. Le complicazioni mediche dello stuzzicamento della pelle includono danni ai tessuti, cicatrici e infezioni e possono mettere in pericolo di vita. Raramente è stata riportata la sinovite dei polsi a causa dello stuzzicamento cronico. Lo stuzzicamento della pelle spesso esita in importanti danni ai tessuti e cicatrici. Esso necessita frequentemente un trattamento antibiotico per le infezioni e in alcune occasioni può richiedere un intervento chirurgico.

Diagnosi differenziale

Disturbo psicotico. Lo stuzzicamento della pelle può verificarsi come conseguenza di un delirio (cioè parassitosi) o di un'allucinazione tattile (cioè formicolio) nel contesto di un disturbo psicotico. In tali casi, il disturbo da escoriazione non dovrebbe essere diagnosticato.

Altri disturbi ossessivo-compulsivo e correlati. Eccessive compulsioni di lavaggio in risposta a ossessioni di contaminazione in individui con DOC possono portare a lesioni cutanee e lo stuzzicamento della pelle può verificarsi in individui con disturbo di dismorfismo corporeo, i quali stuzzicano la propria pelle solamente a causa di preoccupazioni riguardanti l'aspetto; in tali casi, il disturbo da escoriazione non dovrebbe essere diagnosticato. La descrizione del disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo nel disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione esclude gli individui che soddisfano i criteri diagnostici per il disturbo da escoriazione.

Disturbi del neurosviluppo. Mentre il disturbo da movimento stereotipato può essere caratterizzato da un comportamento ripetitivo autolesivo, l'esordio avviene nel primo periodo di sviluppo. Per esempio, gli individui con la condizione neurogenetica della sindrome di Prader-Willi possono avere un esordio precoce dello stuzzicamento della pelle e i loro sintomi possono soddisfare i criteri per il disturbo da movimento stereotipato. Mentre i tic negli individui con disturbo di Tourette possono portare ad autolesioni, nel disturbo da escoriazione il comportamento non è simile a un tic.

Sintomi somatici e disturbi associati. Il disturbo da escoriazione non viene diagnosticato se lo stuzzicamento della pelle è primariamente attribuibile a comportamenti ingannevoli nel disturbo fittizio.

Altri disturbi. Il disturbo da escoriazione non viene diagnosticato se lo stuzzicamento della pelle è primariamente attribuibile all'intenzione di procurarsi lesioni, che è caratteristica dell'autolesionismo non suicidario.

Altre condizioni mediche. Il disturbo da escoriazione non viene diagnosticato se lo stuzzicamento della pelle è primariamente attribuibile a un'altra condizione medica. Per esempio, la scabbia è una condizione dermatologica invariabilmente associata a forte prurito e grattamento. Tuttavia, il disturbo da escoriazione può essere precipitato o esacerbato da una condizione dermatologica sottostante. Per esempio, l'acne può portare a qualche grattamento o stuzzicamento, e può anche essere associata a un disturbo da escoriazione in comorbilità. La differenziazione tra queste due situazioni cliniche (l'acne con qualche grattamento e stuzzicamento versus l'acne con il disturbo da escoriazione in comorbilità) richiede una valutazione del grado in cui lo stuzzicamento della pelle è diventato indipendente dalla condizione dermatologica sottostante.

Disturbi indotti da sostanze/farmaci. I sintomi dello stuzzicamento della pelle possono anche essere provocati da determinate sostanze (per es., cocaina), nel qual caso il disturbo da escoriazione non dovrebbe essere diagnosticato. Se tale stuzzicamento della pelle risulta clinicamente significativo, dovrebbe essere considerata la diagnosi di un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci.

Comorbilità

Il disturbo da escoriazione è spesso accompagnato da altri disturbi mentali. Tali disturbi includono il DOC e la tricotillomania (disturbo da strappamento di peli), così come il disturbo depressivo maggiore. I sintomi ripetitivi focalizzati sul corpo diversi dallo stuzzicamento della pelle e dallo strapparsi capelli o peli (per es., mangiarsi le unghie) si verificano in molti individui con disturbo da escoriazione e possono richiedere un'ulteriore diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione (cioè disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo).

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci

Criteri diagnostici

A. Nel quadro clinico predominano ossessioni, compulsioni, stuzzicamento della pelle, strapparsi capelli o peli, altri comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo o altri sintomi caratteristici dei disturbi ossessivo-compulsivo e correlati.

B. Dall'anamnesi, dall'esame fisico o da risultati di laboratorio vi è evidenza sia di 1) sia di 2):

1. I sintomi del Criterio A si sono sviluppati durante o subito dopo un'intossicazione o astinenza da sostanze oppure in seguito all'esposizione a un farmaco.
2. La sostanza/farmaco coinvolta/o è in grado di produrre i sintomi del Criterio A.

C. L'alterazione non è meglio spiegata da un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati che non è indotto da sostanze/farmaci. Tale evidenza di un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indipendente può includere quanto segue:

I sintomi precedono l'esordio dell'uso della sostanza/farmaco; i sintomi persistono per un periodo di tempo considerevole (per es., circa 1 mese) dopo la cessazione di una sindrome di astinenza acuta o di una grave intossicazione; oppure vi sono altre evidenze che suggeriscono l'esistenza di un indipendente disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati non indotto da sostanze/farmaci (per es., una storia di episodi ricorrenti non correlati a sostanze/farmaci).

D. Il disturbo non si verifica esclusivamente nel corso di un delirium.

E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota: Questa diagnosi dovrebbe essere posta in aggiunta a una diagnosi di intossicazione da sostanza o di astinenza da sostanza solo quando i sintomi del Criterio A predominano nel quadro clinico e sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica.

Nota di codifica: I codici ICD-9-CM e ICD-10-CM per il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da [specifica sostanza/farmaco] sono indicati nella tabella sottostante. È importante notare che il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, in comorbilità un disturbo da uso di sostanze per la stessa classe di sostanze. Se vi è un disturbo da uso di sostanze lieve in comorbilità con il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze, il simbolo in 4ª posizione è "1" e il clinico dovrebbe registrare "lieve disturbo da uso di [sostanza]" prima del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze (per es., "disturbo da uso di cocaina lieve con disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da cocaina"). Se vi è un disturbo da uso di sostanze moderato o grave in comorbilità con il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze, il simbolo in 4ª posizione è "2" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] moderato" o "disturbo da uso di [sostanza] grave", a seconda della gravità del disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Se non vi è un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., successivamente a un precedente periodo di forte uso di sostanze), allora il carattere in 4ª posizione è "9" e il clinico dovrebbe registrare solo il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Con disturbo da uso, lieve	Con disturbo da uso, moderato o grave	Senza disturbo da uso
Amfetamine (o altri stimolanti)	292.89	F15.188	F15.288	F15.988
Cocaina	292.89	F14.188	F14.288	F14.988
Altre (o sconosciute) sostanze	292.89	F19.188	F19.288	F19.988

Specificare se (si veda Tabella 1 nel capitolo "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction" per la diagnosi associata alla classe di sostanze):

Con esordio durante l'intossicazione: Se sono soddisfatti i criteri per l'intossicazione dalla sostanza e i sintomi si sviluppano durante l'intossicazione.

Con esordio durante l'astinenza: Se sono soddisfatti i criteri per l'astinenza dalla sostanza e i sintomi si sviluppano durante, o poco dopo, l'astinenza.

Con esordio dopo l'uso di un farmaco: I sintomi possono apparire sia all'inizio di una terapia sia dopo una modifica o un cambiamento nell'uso.

Procedure di registrazione

ICD-9-CM. Il nome del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci comincia con la specifica sostanza (per es., cocaina) che si presume essere la causa dei sintomi ossessivo-compulsivi e correlati. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che si basa sulla classe di droghe. Per quelle sostanze che non rientrano in nessuna classe, dovrebbe essere usato il codice per "altra sostanza"; e nei casi in cui una sostanza è giudicata essere un fattore eziologico, ma la classe specifica della sostanza risulta sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

Il nome del disturbo è seguito dalla specificazione dell'esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza, esordio dopo l'uso di un farmaco). Diversamente dalle procedure di codifica per l'ICD-10-CM, che combinano il disturbo indotto da sostanze e il disturbo da uso di sostanze in un singolo codice, per l'ICD-9-CM viene dato un codice diagnostico separato per il disturbo da uso di sostanze. Per esempio, nel caso di comportamenti ripetitivi che si verificano duran-

te un'intossicazione in un uomo con grave disturbo da uso di cocaina, la diagnosi è 292.89 disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da cocaina, con esordio durante l'intossicazione. Viene assegnata anche una diagnosi aggiuntiva di 304.20, grave disturbo da uso di cocaina. Quando si ritiene che più di una sostanza giochi un ruolo importante nello sviluppo del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, ciascuna dovrebbe essere elencata separatamente.

ICD-10-CM. Il nome del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci comincia con la specifica sostanza (per es., cocaina) che si presume essere la causa dei sintomi ossessivo-compulsivi e correlati. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che si basa sulla classe di droghe e la presenza o assenza di un disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Per quelle sostanze che non rientrano in nessuna classe, dovrebbe essere usato il codice per "altra sostanza" senza comorbilità con uso di sostanze; e nei casi in cui una sostanza è giudicata essere un fattore eziologico, ma la classe specifica della sostanza risulta sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta" senza comorbilità con uso di sostanze.

Quando si registra il nome del disturbo, il disturbo da uso di sostanze in comorbilità (se presente) viene elencato per primo, seguito dalla parola "con", seguita dal nome del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze, seguito dalla specificazione dell'esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza, esordio dopo l'uso di un farmaco). Per esempio, nel caso di comportamenti ripetitivi che si verificano durante un'intossicazione in un uomo con grave disturbo da uso di cocaina, la diagnosi è F14.288 grave disturbo da uso di cocaina con disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da cocaina, con esordio durante l'intossicazione. Non viene posta una diagnosi separata di grave disturbo da uso di cocaina.

Se il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze si verifica senza un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., successivamente a un precedente periodo di forte uso di sostanze), non viene annotato nessun disturbo da uso di sostanze abbinato (per es., F15.988 disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da amfetamine, con esordio durante l'intossicazione). Quando si ritiene che più di una sostanza giochi un ruolo importante nello sviluppo del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, ciascuna dovrebbe essere elencata separatamente.

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche fondamentali del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci sono sintomi preminenti di un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati (Criterio A) che si ritiene siano attribuibili agli effetti di una sostanza (per es., droga, farmaci). I sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati devono essersi sviluppati durante o subito dopo un'intossicazione o astinenza da sostanze, oppure in seguito all'esposizione a un farmaco o a una tossina, e la sostanza/farmaco deve essere in grado di produrre tali sintomi (Criterio B). Un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci dovuto a un trattamento farmacologico prescritto per un disturbo mentale o una condizione medica generale deve avere il suo esordio mentre l'individuo sta prendendo il farmaco. Una volta che il trattamento viene interrotto, i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati di norma migliorano o vanno incontro a remissione in pochi giorni, o alcune settimane o un mese (a seconda dell'emivita della sostanza/farmaco).

La diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci non deve essere posta se l'esordio dei sintomi precede l'intossicazione da sostanze o l'uso di farmaci, oppure se i sintomi persistono per un considerevole periodo di tempo, di solito più di un mese, a partire dal momento in cui è avvenuta una grave intossicazione o astinenza. Se i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati persistono per un considerevole periodo di tempo, dovrebbero essere considerate altre cause per i sintomi. La diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci dovrebbe essere posta in aggiunta a una diagnosi di intossicazione da sostanze solo quando i sintomi del Criterio A sono predominanti nel quadro clinico e sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Ossessioni, compulsioni, strapparsi capelli o peli, stuzzicamento della pelle o altri comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo possono verificarsi in associazione all'intossicazione da sostanze appartenenti alle seguenti classi: stimolanti (tra cui cocaina) e altre (o sconosciute) sostanze. Metalli pesanti e tossine possono anch'essi causare i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. Esami di laboratorio (per es., l'esame tossicologico delle urine) possono essere utili per misurare l'intossicazione da sostanze come parte di una valutazione per il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati.

Prevalenza

Nella popolazione generale, i dati molto limitati a disposizione indicano che il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze è molto raro.

Diagnosi differenziale

Intossicazione da sostanze. I sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati possono verificarsi nell'intossicazione da sostanze. La diagnosi dell'intossicazione da specifica sostanza sarà di solito sufficiente a categorizzare la manifestazione dei sintomi. Una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovrebbe essere posta in aggiunta all'intossicazione da sostanza se i sintomi sono ritenuti essere in eccesso rispetto a quelli solitamente associati all'intossicazione e sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati (cioè non indotto da una sostanza). Il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci è ritenuto essere eziologicamente correlato alla sostanza/farmaco. Il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci viene distinto da un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati primario considerando l'esordio, il decorso e altri fattori relativi alle sostanze/farmaci. Per le droghe, deve esservi evidenza di uso o intossicazione dalla storia, dall'esame fisico o dagli esami di laboratorio. Il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci si presenta solo in associazione all'intossicazione, mentre un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati primario può precedere l'esordio dell'uso di sostanze o farmaci. La presenza di caratteristiche atipiche per un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati primario, come un'atipica età di esordio dei sintomi, può suggerire un'eziologia indotta da sostanze. Una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati primario è giustificata se i sintomi persistono per un periodo di tempo considerevole (circa un mese o più) dopo la fine dell'intossicazione da sostanza oppure se l'individuo ha una storia di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlatidovuto a un'altra condizione medica. Se i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati sono attribuibili a un'altra condizione medica (cioè piuttosto che al farmaco assunto per un'altra condizione medica), dovrebbe essere diagnosticato un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica. L'anamnesi fornisce spesso gli elementi per giudicare. A volte, una variazione del trattamento per un'altra condizione medica (per es., la sostituzione o l'interruzione del farmaco) può essere necessaria per determinare se il farmaco rappresenti o no l'agente causale (in tal caso i sintomi possono essere meglio spiegati da un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci). Se il disturbo risulta essere attribuibile sia a un'altra condizione medica sia all'uso di una sostanza, possono essere poste entrambe le diagnosi (cioè disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica e disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci). Se vi sono evidenze insufficienti a determinare se i sintomi siano attribuibili a una sostanza/farmaco o a un'altra condizione medica o se siano primari (cioè non attribuibili né a una sostanza/farmaco né a un'altra condizione medica), sarebbe indicata una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione o senza specificazione.

Delirium. Se i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati si verificano esclusivamente nel corso di delirium, essi sono considerati una caratteristica associata al delirium e non vengono diagnosticati separatamente.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica 294.8 (F06.8)

Criteri diagnostici

A. Nel quadro clinico predominano ossessioni, compulsioni, preoccupazioni relative all'aspetto, accumulo, strapparsi capelli o peli o altri comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo, oppure altri sintomi caratteristici del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati.

B. Dall'anamnesi, dall'esame fisico o da risultati di laboratorio vi è evidenza del fatto che il disturbo sia la diretta conseguenza patofisiologica di un'altra condizione medica.

C. Il disturbo non è meglio giustificato da un altro disturbo mentale.

D. Il disturbo non si verifica esclusivamente nel corso di delirium.

E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se:

Con sintomi simili al disturbo ossessivo-compulsivo: Se nella manifestazione clinica predominano sintomi simili al disturbo ossessivo-compulsivo.

Con preoccupazioni relative all'aspetto: Se nella manifestazione clinica predominano le preoccupazioni relative a difetti o imperfezioni legate all'aspetto.

Con sintomi di accumulo: Se nella manifestazione clinica predomina il comportamento di accumulo.

Con sintomi di strappamento di peli: Se nella manifestazione clinica predomina lo strapparsi capelli o peli.

Con sintomi di stuzzicamento della pelle: Se nella manifestazione clinica predomina lo stuzzicamento della pelle.

Nota di codifica: Includere il nome dell'altra condizione medica nel nome del disturbo mentale (per es., 294.8 [F06.8] disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a infarto cerebrale). L'altra condizione medica dovrebbe essere codificata ed elencata separatamente immediatamente prima del disturbo ossessivo-compulsivo dovuto alla condizione medica (per es., 438.89 [I69.398] infarto cerebrale; 294.8 [F06.8] disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a infarto cerebrale).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica sono sintomi ossessivo-compulsivi e correlati clinicamente significativi che sono ritenuti meglio giustificati come diretta conseguenza patofisiologica di un'altra condizione medica. I sintomi possono includere evidenti ossessioni, compulsioni, preoccupazioni legate all'aspetto, accumulo, strapparsi capelli o peli, stuzzicamento della pelle o altri comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo (Criterio A). La decisione che i sintomi siano meglio giustificati dalla condizione medica associata deve essere basata sulle evidenze derivanti dall'anamnesi, dall'esame fisico o da risultati di laboratorio (Criterio B). Inoltre, si deve ritenere che i sintomi non siano meglio giustificati da un altro disturbo mentale (Criterio C). La diagnosi non viene posta se i sintomi ossessivo-compulsivi e correlati si verificano solo nel corso di delirium (Criterio D). I sintomi ossessivo-compulsivi e correlati devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio E).

Nel determinare se i sintomi ossessivo-compulsivi e correlati siano attribuibili a un'altra condizione medica, deve essere presente una condizione medica di rilievo. Inoltre, deve essere stabilito che i sintomi ossessivo-compulsivi e correlati possono essere eziologicamente correlati alla condizione medica attraverso un meccanismo patofisiologico, e che questo spiega al meglio la sintomatologia dell'individuo. Nonostante non vi siano linee guida infallibili nel determinare se la relazione tra i sintomi ossessivo-compulsivi e correlati e la condizione medica sia eziologica, le considerazioni che possono fornire qualche indicazione nel porre questa diagnosi includono la presenza di una chiara associazione temporale tra l'esordio, l'esacerbazione o la remissione della condizione medica e i sintomi ossessivo-compulsivi e correlati; la presenza di caratteristiche atipiche per un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati primario (per es., età di esordio o decorso atipici) e l'evidenza in letteratura del fatto che un meccanismo fisiologico conosciuto (per es., una lesione striatale) causi sintomi ossessivo-compulsivi e correlati. Inoltre, il disturbo non può essere meglio giustificato da un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati primario, da un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci o da un altro disturbo mentale.

Vi sono alcune controversie sull'eventualità che i disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati possano essere attribuiti all'infezione da streptococco del Gruppo A. La corea di Sydenham è la manifestazione neurologica della febbre reumatica, che è a sua volta dovuta a infezione da streptococco del Gruppo A. La corea di Sydenham è caratterizzata da una combinazione di caratteristiche motorie e non. Le caratteristiche non motorie includono ossessioni, compulsioni, deficit di attenzione e labilità emotiva. Nonostante gli individui con la corea di Sydenham possano manifestare caratteristiche non neuropsichiatriche della febbre reumatica, come cardite e artrite, essi possono manifestare anche sintomi simili al disturbo ossessivo-compulsivo; tali individui

dovrebbero ricevere la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica.

Il disturbo neuropsichiatrico infantile autoimmune associato a infezioni da streptococco (PANDAS) è stato riconosciuto come un ulteriore disturbo autoimmune post-infettivo caratterizzato dall'improvviso esordio di ossessioni, compulsioni e/o tic accompagnati da una varietà di sintomi neuropsichiatrici acuti, in assenza di corea, cardite o artrite, successivamente all'infezione da streptococco del Gruppo A. Nonostante vi sia un certo numero di evidenze a supporto dell'esistenza del PANDAS, questa rimane una diagnosi controversa. Dal momento che questa controversia è in corso, la descrizione del PANDAS è stata modificata al fine di eliminare fattori eziologici e di indicare un'entità clinica estesa: sindrome neuropsichiatrica infantile a insorgenza acuta (PANS) oppure sintomi neuropsichiatrici idiopatici acuti dell'infanzia (CANS), che merita ulteriori studi.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Un certo numero di altri disturbi medici sono noti per includere tra le manifestazioni dei sintomi ossessivo-compulsivi e correlati. Esempi includono malattie che portano a danno striatale, come l'infarto cerebrale.

Sviluppo e decorso

Lo sviluppo e il decorso del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica segue generalmente il decorso della patologia sottostante.

Marker diagnostici

Esami di laboratorio e/o esami medici sono necessari al fine di confermare la diagnosi di un'altra condizione medica.

Diagnosi differenziale

Delirium. Se il disturbo si verifica esclusivamente nel corso di delirium, non viene posta una diagnosi separata di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica. Tuttavia, una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica può essere posta in aggiunta alla diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore (demenza) se l'eziologia dei sintomi ossessivo-compulsivi è ritenuta essere una conseguenza fisiologica del processo patologico che causa la demenza e se i sintomi ossessivo-compulsivi sono una parte preminente della manifestazione clinica.

Manifestazione di sintomi misti (per es., sintomi di un disturbo dell'umore e di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati). Se la manifestazione include un misto di differenti tipi di sintomi, lo specifico disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica dipende da quali sintomi predominano nel quadro clinico.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci. Se vi è evidenza di uso recente o prolungato di sostanze (tra cui farmaci con effetti psicoattivi), astinenza da una sostanza o esposizione a una tossina, dovrebbe essere considerato un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci. Quando un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci è stato diagnosticato in relazione all'abuso di droghe, può essere utile ottenere un esame del sangue o delle urine o altri esami di laboratorio appropriati.

I sintomi che si verificano durante o poco dopo (cioè entro 4 settimane) l'intossicazione o l'astinenza da sostanze, oppure successivamente all'uso di farmaci, possono essere particolarmente indicativi di un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci, determinato dal tipo, dalla durata o dalla quantità di sostanza usata.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati (primario). Il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica dovrebbe essere distinto da un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati primario. Nei disturbi mentali primari non può essere dimostrata la presenza di meccanismi fisiologici specifici e direttamente causativi associati a una condizione medica. Un'età di insorgenza tardiva o sintomi atipici suggeriscono la necessità di una valutazione meticolosa per escludere la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica.

Disturbo da ansia di malattia. Il disturbo da ansia di malattia è caratterizzato dalla preoccupazione di avere o acquisire una grave malattia. In caso di disturbo da ansia di malattia, gli individui possono o meno avere diagnosi di altre condizioni mediche.

Caratteristica associata a un altro disturbo mentale. I sintomi ossessivo-compulsivi e correlati possono essere una caratteristica associata a un altro disturbo mentale (per es., schizofrenia, anoressia nervosa).

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione o disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione. Queste diagnosi vengono poste quando non è chiaro se i sintomi ossessivo-compulsivi e correlati siano primari, indotti da sostanze oppure dovuti a un'altra condizione medica.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione 300.3 (F42)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. La categoria disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. Questo viene fatto registrando "disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo").

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" sono i seguenti:

1. **Disturbo simile al dismorfismo corporeo con difetto reale:** È simile al disturbo di dismorfismo corporeo, a eccezione del fatto che i difetti o le imperfezioni dell'aspetto fisico sono chiaramente osservabili da parte di altri (cioè essi sono più evidenti che "lievi"). In tali casi, la preoccupazione relativa a queste imperfezioni è chiaramente eccessiva e causa compromissione o disagio significativi.

2. **Disturbo simile al dismorfismo corporeo senza comportamento ripetitivo:** Manifestazioni che soddisfano i criteri del disturbo di dismorfismo corporeo, a eccezione del fatto che l'individuo non mette in atto comportamenti ripetitivi o azioni mentali in risposta alle preoccupazioni relative all'aspetto.
3. **Disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo:** È caratterizzato da ricorrenti comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo (per es., mangiarsi le unghie, mordersi il labbro, masticarsi la guancia) e ripetuti tentativi di ridurre o interrompere tali comportamenti. Questi sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti e non sono meglio spiegati da tricotillomania (disturbo da strappamento di peli), disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle), disturbo da movimento stereotipato o autolesionismo non suicidario.
4. **Gelosia patologica:** È caratterizzata da preoccupazione non delirante relativa alla percepita infedeltà del partner. Le preoccupazioni possono portare a comportamenti ripetitivi o azioni mentali in risposta alle preoccupazioni relative all'infedeltà; esse causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti e non sono meglio spiegate da un altro disturbo mentale, come il disturbo delirante, tipo di gelosia, oppure il disturbo paranoide di personalità.
5. ***Shubo-kyofu:*** Una variante del *taijin kyofusho* (si veda il "Glossario dei concetti culturali di sofferenza" nell'Appendice), simile al disturbo di dismorfismo corporeo e caratterizzato da un eccessivo timore di avere deformità corporee.
6. ***Koro:*** Associata alla *dhat syndrome* (si veda il "Glossario dei concetti culturali di sofferenza" nell'Appendice), è un episodio di improvvisa e intensa ansia che il pene (oppure la vulva e i capezzoli nelle femmine) si ritiri all'interno del corpo, portando probabilmente alla morte.
7. ***Jikoshu-kyofu:*** Una variante del *taijin kyofusho* (si veda il "Glossario dei concetti culturali di sofferenza" nell'Appendice) caratterizzata dal timore di avere un odore del corpo disgustoso (chiamata anche sindrome da riferimento olfattivo).

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione

300.3 (F42)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. La categoria disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti

I disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti comprendono quei disturbi in cui l'esposizione a un evento traumatico o stressante è elencata esplicitamente come criterio diagnostico. Questi disturbi comprendono il disturbo reattivo dell'attaccamento, il disturbo da impegno sociale disinibito, il disturbo da stress post-traumatico (DSPT), il disturbo da stress acuto e i disturbi dell'adattamento. La collocazione di questo capitolo riflette la stretta relazione tra queste diagnosi e i disturbi trattati nei capitoli adiacenti sui disturbi d'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati e i disturbi dissociativi.

La sofferenza psicologica che segue l'esposizione a un evento traumatico o stressante è molto variabile. In alcuni casi, i sintomi possono essere compresi all'interno di un contesto basato sull'ansia o sulla paura. È chiaro, tuttavia, che molti individui che sono stati esposti a un evento traumatico o stressante mostrano un fenotipo in cui, piuttosto che sintomi basati sull'ansia o sulla paura, le caratteristiche cliniche più evidenti sono sintomi anedonici e disforici, sintomi di rabbia e aggressività esternalizzate, oppure sintomi dissociativi. A causa della variabilità dell'espressione della sofferenza clinica che si verifica in seguito all'esposizione a eventi catastrofici o avversi, i disturbi precedentemente menzionati sono stati raggruppati in una categoria a parte: *disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti*. Inoltre, non è raro che il quadro clinico comprenda alcune combinazioni dei sintomi precedentemente menzionati (con presenza o meno di sintomi basati sull'ansia o sulla paura). Un tale quadro eterogeneo è stato riconosciuto da tempo anche all'interno dei disturbi dell'adattamento. La trascuratezza sociale – ovvero l'assenza di un accudimento adeguato durante l'infanzia – è un requisito diagnostico sia del disturbo reattivo dell'attaccamento sia del disturbo da impegno sociale disinibito. Nonostante i due disturbi condividano una comune eziologia, il primo è espresso come un disturbo internalizzante con sintomatologia depressiva e comportamento ritirato, mentre il secondo è caratterizzato da disinibizione e comportamento esternalizzante.

Disturbo reattivo dell'attaccamento

313.89 (F94.1)

Criteri diagnostici

A. Un pattern costante di comportamento inibito, emotivamente ritirato nei confronti dei caregiver adulti, che si manifesta con la presenza di entrambi i seguenti criteri:
   1. Il bambino cerca raramente o minimamente conforto quando prova disagio.
   2. Il bambino risponde raramente o minimamente al conforto quando prova disagio.

B. Persistenti difficoltà sociali ed emotive caratterizzate da almeno due dei seguenti criteri:
   1. Minima responsività sociale ed emotiva agli altri.
   2. Emozioni positive ridotte.
   3. Episodi di irritabilità ingiustificata, tristezza o timore, che si mostrano evidenti anche durante interazioni non pericolose con caregiver adulti.

C. Il bambino ha vissuto un pattern estremo di cure insufficienti come evidenziato da almeno uno dei seguenti criteri:
   1. Trascuratezza o deprivazione sociale nella forma di una persistente mancanza di soddisfazione dei fondamentali bisogni emotivi di conforto, stimolazione e affetto da parte dei caregiver adulti.
   2. Ripetuti cambiamenti dei caregiver primari, che limitano la possibilità di sviluppare attaccamenti stabili (per es., frequenti cambiamenti di affidatari).
   3. Allevamento in contesti insoliti, che limitano gravemente la possibilità di sviluppare attaccamenti selettivi (per es., istituti con elevato numero di bambini per caregiver).

D. Si presume che l'accudimento descritto nel Criterio C sia responsabile del comportamento disturbato descritto nel Criterio A (per es., le difficoltà descritte nel Criterio A sono iniziate in seguito alla mancanza di cure adeguate descritta nel Criterio C).

E. Non sono soddisfatti i criteri per il disturbo dello spettro dell'autismo.

F. Le difficoltà si manifestano prima dei 5 anni.

G. Il bambino ha un'età evolutiva di almeno 9 mesi.

Specificare se:

Persistente: Il disturbo è stato presente per più di 12 mesi.

Specificare la gravità attuale:

Il disturbo reattivo dell'attaccamento è specificato come **grave** quando il bambino presenta tutti i sintomi del disturbo, e ogni sintomo è manifestato a un livello relativamente alto.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia o della prima infanzia è caratterizzato da un pattern di comportamenti di attaccamento marcatamente disturbati ed evolutivamente inappropriati, in cui il bambino si rivolge raramente o minimamente in modo preferenziale a una figura di attaccamento per cercare conforto, sostegno, protezione e accudimento. La caratteristica fondamentale è una relazione di attaccamento assente o fortemente sottosviluppata tra il bambino e i caregiver adulti sostitutivi. Si ritiene che i bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento abbiano la capacità di sviluppare attaccamenti selettivi. Tuttavia, a causa delle limitate opportunità durante il primo sviluppo, non riescono a manifestare i comportamenti degli attaccamenti selettivi. Vale a dire, quando provano disagio, non mostrano un impegno atto a ottenere conforto, sostegno e accudimento oppure protezione da parte dei caregiver. Inoltre, quando provano disagio, i bambini con questo disturbo rispondono in modo minimo ai tentativi di conforto da parte dei caregiver. Perciò, il disturbo è associato all'assenza dell'attesa ricerca di conforto e della risposta ai comportamenti di conforto. Così, i bambini con il disturbo reattivo dell'attaccamento mostrano una diminuita o assente espressione di emozioni positive durante le interazioni quotidiane con i caregiver. Inoltre, la loro capacità di regolazione delle emozioni è compromessa, ed essi mostrano episodi di emozioni negative di paura, tristezza o irritabilità che non sono facilmente spiegabili. Una diagnosi di disturbo reattivo dell'attaccamento non dovrebbe essere posta in bambini che sono evolutivamente incapaci di sviluppare attaccamenti selettivi. Per tale motivo il bambino deve avere un'età di almeno 9 mesi.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

A causa dell'associazione eziologica condivisa con la trascuratezza sociale, il disturbo reattivo dell'attaccamento si verifica spesso in concomitanza con ritardi dello sviluppo, soprattutto con ritardi cognitivi e del linguaggio. Altre caratteristiche associate riguardano stereotipie e altri segni di grave trascuratezza (per es., malnutrizione o segni di scarsa cura).

Prevalenza

La prevalenza del disturbo reattivo dell'attaccamento è sconosciuta, ma il disturbo viene osservato abbastanza raramente nei contesti clinici. Il disturbo è stato riscontrato in bambini piccoli che sono stati esposti a una grave trascuratezza prima di essere dati in affidamento o allevati all'interno di istituti. Tuttavia, anche in popolazioni di bambini gravemente trascurati, il disturbo risulta essere raro, verificandosi in meno del 10% di questi bambini.

Sviluppo e decorso

Condizioni di trascuratezza sociale sono spesso presenti durante i primi mesi di vita nei bambini con una diagnosi di disturbo reattivo dell'attaccamento, anche prima che il disturbo venga diagnosticato. Le caratteristiche cliniche del disturbo si manifestano in modo simile in età compresa tra i 9 mesi e i 5 anni. Ovvero, segni di un comportamento di attaccamento assente o minimo e comportamenti emotivi aberranti associati sono osservabili in bambini durante questa fascia di età, nonostante diverse capacità cognitive e motorie possano influenzare il modo in cui questi comportamenti vengono espressi. Senza il recupero e la ripresa attraverso ambienti di accudimento normali, sembra che i segni del disturbo possano persistere, almeno per alcuni anni.

Non è chiaro se il disturbo reattivo dell'attaccamento si verifichi in bambini più grandi e, se così, come questo differisca dalla sua manifestazione in bambini più piccoli. Per tale motivo, la diagnosi dovrebbe essere posta con cautela in bambini di età superiore ai 5 anni.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Una grave trascuratezza sociale è un requisito diagnostico per il disturbo reattivo dell'attaccamento ed è anche l'unico fattore di rischio conosciuto per il disturbo. Tuttavia, la maggior parte dei bambini gravemente trascurati non sviluppano il disturbo. La prognosi sembra dipendere dalla qualità dell'ambiente di accudimento che segue la grave trascuratezza.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Comportamenti di attaccamento simili sono stati descritti in bambini piccoli di molte e diverse culture del mondo. Tuttavia, si dovrebbe fare attenzione nel porre la diagnosi di disturbo reattivo dell'attaccamento nelle culture in cui l'attaccamento non è stato studiato.

Conseguenze funzionali del disturbo reattivo dell'attaccamento

Il disturbo reattivo dell'attaccamento compromette in maniera significativa le capacità dei bambini piccoli di formare relazioni interpersonali con adulti o coetanei ed è associato a una compromissione funzionale in molti ambiti della prima infanzia.

Diagnosi differenziale

Disturbo dello spettro dell'autismo. I comportamenti sociali aberranti si manifestano in bambini piccoli con disturbo reattivo dell'attaccamento, ma possono anche costituire le caratteristiche chiave del disturbo dello spettro dell'autismo. Nello specifico, bambini piccoli con una delle due condizioni possono mostrare lievi espressioni di emozioni positive, ritardi cognitivi e del linguaggio e compromissione della reciprocità sociale. Di conseguenza, il disturbo reattivo dell'attaccamento deve essere differenziato dal disturbo dello spettro dell'autismo. Questi due disturbi possono essere distinti sulla base delle differenti storie di trascuratezza e della presenza di interessi ristretti, oppure di comportamenti ritualizzati, di specifiche difficoltà nella comunicazione sociale e di comportamenti di attaccamento selettivo. Bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento hanno avuto una storia di grave trascuratezza sociale, nonostante non sia sempre possibile ottenere storie dettagliate sulla precisa natura delle loro esperienze, soprattutto durante le valutazioni iniziali. Bambini con disturbo dello spettro dell'autismo mostrano raramente una storia di trascuratezza sociale. Gli interessi ristretti e i comportamenti ripetitivi caratteristici del disturbo dello spettro dell'autismo non sono una caratteristica del disturbo reattivo dell'attaccamento. Queste caratteristiche cliniche si manifestano come un'eccessiva aderenza ai rituali e alla routine, interessi fissi, ristretti, e reazioni sensoriali insolite. Tuttavia, è importante notare che i bambini con una delle due condizioni possono presentare comportamenti stereotipati, come dondolare o oscillare. I bambini con uno dei due disturbi possono presentare anche un differenziato funzionamento intellettivo, ma solo i bambini con disturbo dello spettro dell'autismo presentano una compromissione selettiva dei comportamenti di comunicazione sociale, come la comunicazione intenzionale (per es., compromissione della comunicazione intenzionale, diretta verso un obiettivo e finalizzata a influenzare il comportamento del destinatario). Bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento mostrano un funzionamento comunicativo sociale paragonabile al loro grado complessivo di funzionamento intellettivo. Infine, i bambini con disturbo dello spettro dell'autismo mostrano regolarmente comportamenti di attaccamento in linea con il loro livello di sviluppo. Al contrario, bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento lo fanno solo raramente oppure in modo incoerente, o non lo fanno affatto.

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo). I ritardi nello sviluppo accompagnano spesso il disturbo reattivo dell'attaccamento, ma non dovrebbero essere confusi con il disturbo. Bambini con disabilità intellettiva dovrebbero presentare capacità sociali ed emotive paragonabili alle loro capacità cognitive, e non mostrare la profonda riduzione dell'affettività positiva e le difficoltà nella regolazione delle emozioni presenti nei bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento. Inoltre, i bambini con ritardo nello sviluppo che hanno raggiunto un'età mentale di 7-9 mesi dovrebbero mostrare attaccamenti selettivi, nonostante la loro età cronologica. Al contrario, bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento mostrano mancanza di attaccamento selettivo, nonostante abbiano raggiunto un'età evolutiva di almeno 9 mesi.

Disturbi depressivi. Nei bambini piccoli la depressione è anche associata a riduzioni nell'affettività positiva. Tuttavia, l'evidenza è troppo limitata per poter suggerire che bambini con disturbi depressivi abbiano compromissioni nell'attaccamento. Perciò, i bambini piccoli ai quali sono stati diagnosticati disturbi depressivi continuano a cercare di essere confortati e a rispondere ai tentativi di conforto da parte dei caregiver.

Comorbilità

Le condizioni associate alla trascuratezza, compresi i ritardi cognitivi, i ritardi del linguaggio e le stereotipie, si verificano spesso in concomitanza con il disturbo reattivo dell'attaccamento. Condizioni mediche, come una grave malnutrizione, possono accompagnare i segni del disturbo. Al disturbo reattivo dell'attaccamento può accompagnarsi anche una sintomatologia depressiva.

Disturbo da impegno sociale disinibito 313.89 (F94.2)

Criteri diagnostici

A. Un pattern di comportamento in cui il bambino approccia attivamente e interagisce con adulti sconosciuti e presenta almeno due dei seguenti criteri:
   1. Ridotta o assente reticenza nell'approcciare e interagire con adulti sconosciuti.
   2. Comportamento verbale o fisico eccessivamente familiare (che non è in accordo con i confini sociali stabiliti dalla cultura di riferimento e appropriati all'età).
   3. Diminuito o assente controllo a distanza del caregiver dopo che si è avventurato lontano, anche in contesti non familiari.
   4. Disponibilità ad allontanarsi con un adulto sconosciuto con minima o nessuna esitazione.

B. I comportamenti descritti nel Criterio A non si limitano all'impulsività (come nel disturbo da deficit di attenzione/iperattività), ma includono comportamento socialmente disinibito.

C. Il bambino ha vissuto un pattern estremo di cure insufficienti come evidenziato da almeno uno dei seguenti criteri:
   1. Trascuratezza o deprivazione sociale nella forma di una persistente mancanza di soddisfazione dei fondamentali bisogni emotivi di conforto, stimolazione e affetto da parte dei caregiver adulti.
   2. Ripetuti cambiamenti dei caregiver primari, che limitano la possibilità di sviluppare attaccamenti stabili (per es., frequenti cambiamenti di affidatari).
   3. Allevamento in contesti insoliti, che limitano gravemente la possibilità di sviluppare attaccamenti selettivi (per es., istituti con elevato numero di bambini per caregiver).

D. Si presume che l'accudimento descritto nel Criterio C sia responsabile del comportamento disturbato descritto nel Criterio A (per es., le difficoltà descritte nel Criterio A sono iniziate in seguito alle cure patogene descritte nel Criterio C).

E. Il bambino ha un'età evolutiva di almeno 9 mesi.

Specificare se:

Persistente: Il disturbo è stato presente per più di 12 mesi.

Specificare la gravità attuale:

Il disturbo da impegno sociale disinibito è specificato come **grave** quando il bambino presenta tutti i sintomi del disturbo, e ogni sintomo si manifesta a un livello relativamente alto.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale del disturbo da impegno sociale disinibito è un pattern di comportamento che implica un comportamento culturalmente inappropriato ed eccessivamente familiare con individui relativamente sconosciuti (Criterio A). Questo comportamento eccessivamente familiare viola i confini sociali della cultura di riferimento. Una diagnosi di disturbo da impegno sociale disinibito non dovrebbe essere posta prima che i bambini siano evolutivamente in grado di sviluppare attaccamenti selettivi. Per tale motivo il bambino deve avere un'età evolutiva di almeno 9 mesi.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

A causa dell'associazione eziologica condivisa con la trascuratezza sociale, il disturbo da impegno sociale disinibito può verificarsi in concomitanza con ritardi dello sviluppo, soprattutto con ritardi cognitivi e del linguaggio, stereotipie e altri segni di grave trascuratezza, come malnutrizione o segni di scarsa cura. Tuttavia, i segni del disturbo spesso persistono anche dopo la scomparsa dei segni di trascuratezza. Perciò, non è raro che bambini con questo disturbo si presentino senza segni attuali di trascuratezza. Inoltre, la condizione può manifestarsi in bambini che non mostrano segni di attaccamento disturbato. Perciò, il disturbo da impegno sociale disinibito può essere osservato in bambini con una storia di trascuratezza che non hanno attaccamenti o il cui attaccamento ai propri caregiver varia da disturbato a sicuro.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo da impegno sociale disinibito è sconosciuta. Ciononostante, il disturbo sembra essere raro, verificandosi in una minoranza di bambini, anche tra quelli che sono stati gravemente trascurati e successivamente dati in affidamento oppure allevati all'interno di istituti. In tali popolazioni ad alto rischio, la condizione si verifica soltanto in circa il 20% dei bambini. La condizione si osserva raramente in altri contesti clinici.

Sviluppo e decorso

Condizioni di trascuratezza sociale sono spesso presenti durante i primi mesi di vita nei bambini con una diagnosi di disturbo da impegno sociale disinibito, anche prima che il disturbo sia diagnosticato. Tuttavia, non vi è evidenza che la trascuratezza con inizio dopo i 2 anni di età sia associata alle manifestazioni del disturbo. Se la trascuratezza si verifica precocemente e appaiono i segni del disturbo, le caratteristiche cliniche del disturbo restano moderatamente stabili nel tempo, soprattutto se persistono le condizioni di trascuratezza. Il comportamento sociale indiscriminato e la mancanza di reticenza nei confronti di adulti sconosciuti nei primi anni di vita sono accompagnati da comportamenti di ricerca di attenzione in bambini in età prescolare. Quando il disturbo persiste fino alla media età infantile, le caratteristiche cliniche si manifestano come un'eccessiva familiarità verbale e fisica e una falsa espressione di emozioni. Questi segni sembrano particolarmente evidenti quando il bambino interagisce con gli adulti. Le relazioni tra pari sono le più colpite durante l'adolescenza, sia con un comportamento indiscriminato sia con conflitti apparenti. Il disturbo non è stato descritto negli adulti.

Il disturbo da impegno sociale disinibito è stato descritto dal secondo anno di vita fino all'adolescenza. Vi sono alcune differenze nelle manifestazioni del disturbo dalla prima infanzia fino all'adolescenza. I bambini più piccoli, all'interno di molte culture, mostrano reticenza quando interagiscono con estranei. I bambini piccoli con questo disturbo non riescono a mostrare reticenza nell'approcciare, nel relazionarsi e anche nell'accompagnare adulti. In bambini di età prescolare, l'intrusività verbale e sociale sembra essere maggiormente preminente, ed è spesso associata a un comportamento di ricerca di attenzione. L'eccessiva familiarità verbale e fisica si protrae fino alla media età infantile, accompagnata da false espressioni di emozioni. Nell'adolescenza, il comportamento indiscriminato si estende al gruppo dei pari. In confronto a adolescenti sani, quelli con il disturbo mostrano più relazioni "superficiali" e più conflitti con il gruppo dei pari. Non sono conosciute manifestazioni del disturbo negli adulti.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. La grave trascuratezza sociale è un requisito diagnostico per il disturbo da impegno sociale disinibito e rappresenta anche l'unico fattore di rischio conosciuto per questo disturbo. Tuttavia, la maggior parte dei bambini gravemente trascurati non sviluppa il disturbo. La vulnerabilità neurobiologica può differenziare i bambini trascurati che sviluppano il disturbo e quelli che non lo sviluppano. In ogni caso, non è stato stabilito nessun chiaro legame con specifici fattori neurobiologici. Il disturbo non è stato identificato in bambini che hanno vissuto una trascuratezza sociale dopo i 2 anni di età. La prognosi è solo modestamente associata alla qualità dell'ambiente di accudimento che segue la grave trascuratezza. In molti casi il disturbo persiste, anche in bambini il cui ambiente di accudimento sia marcatamente migliorato.

Modificatori del decorso. La qualità dell'accudimento sembra moderare il decorso del disturbo da impegno sociale disinibito. Ciononostante, anche dopo il loro inserimento in ambienti di accudimento normali, alcuni bambini mostrano persistenti segni del disturbo, almeno fino all'adolescenza.

Conseguenze funzionali del disturbo da impegno sociale disinibito

Il disturbo da impegno sociale disinibito compromette in modo significativo le capacità dei bambini piccoli di relazionarsi interpersonalmente con adulti e coetanei.

Diagnosi differenziale

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. A causa dell'impulsività sociale che a volte si accompagna al disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI), risulta necessario differenziare i due disturbi. I bambini con disturbo da impegno sociale disinibito possono essere distinti da quelli con DDAI perché i primi non mostrano difficoltà rispetto all'attenzione o all'iperattività.

Comorbilità

Un numero limitato di ricerche ha esaminato la questione dei disturbi in comorbilità con il disturbo da impegno sociale disinibito. Condizioni associate alla trascuratezza, inclusi ritardi cognitivi, ritardi del linguaggio e stereotipie, possono verificarsi in concomitanza con il disturbo da impegno sociale disinibito. Inoltre, i bambini possono ricevere contemporaneamente una diagnosi di disturbo da impegno sociale disinibito e una diagnosi di DDAI.

Disturbo da stress post-traumatico 309.81 (F43.10)

Criteri diagnostici

Disturbo da stress post-traumatico

Nota: I seguenti criteri si riferiscono a adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni. Per bambini sotto i 6 anni, si consultino i criteri corrispondenti riportati più avanti.

A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.
2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri.
3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale.
4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori).

   Nota: Il Criterio A4 non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film, o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto.

B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento/i traumatico/i, che hanno inizio successivamente all'evento/i traumatico/i:

1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i.

   Nota: Nei bambini di età superiore ai 6 anni può verificarsi un gioco ripetitivo in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti l'evento/i traumatico/i.

2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i.

   Nota: Nei bambini, possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.

3. Reazioni dissociative (per es., flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. (Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante.)

   Nota: Nei bambini, la riattualizzazione specifica del trauma può verificarsi nel gioco.

4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.
5. Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento/i traumatico/i, iniziato dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da uno o entrambi i seguenti criteri:

1. Evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.
2. Evitamento o tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.

D. Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento/i traumatico/i (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come trauma cranico, alcol o droghe).
2. Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a se stessi, ad altri, o al mondo (per es., "Io sono cattivo", "Non ci si può fidare di nessuno", "Il mondo è assolutamente pericoloso", "Il mio intero sistema nervoso è definitivamente rovinato").
3. Persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento/i traumatico/i che portano l'individuo a dare la colpa a se stesso oppure agli altri.
4. Persistente stato emotivo negativo (per es., paura, orrore, rabbia, colpa o vergogna).
5. Marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative.
6. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.
7. Persistente incapacità di provare emozioni positive (per es., incapacità di provare felicità, soddisfazione o sentimenti d'amore).

E. Marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
2. Comportamento spericolato o autodistruttivo.
3. Ipervigilanza.
4. Esagerate risposte di allarme.
5. Problemi di concentrazione.
6. Difficoltà relative al sonno (per es., difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore).

F. La durata delle alterazioni (Criteri B, C, D e E) è superiore a 1 mese.

G. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

H. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaci, alcol) o a un'altra condizione medica.

Specificare quale:

Con sintomi dissociativi: I sintomi dell'individuo soddisfano i criteri per un disturbo da stress post-traumatico e, inoltre, in risposta all'evento stressante, l'individuo fa esperienza di sintomi persistenti o ricorrenti di uno dei due seguenti criteri:

1. **Depersonalizzazione:** Persistenti o ricorrenti esperienze di sentirsi distaccato dai, e come se si fosse un osservatore esterno dei, propri processi mentali o dal proprio corpo (per es., sensazione di essere in un sogno; sensazione di irrealtà di se stessi o del proprio corpo o del lento scorrere del tempo).
2. **Derealizzazione:** Persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante (per es., il mondo intorno all'individuo viene da lui vissuto come irreale, onirico, distante o distorto).

Nota: Per utilizzare questo sottotipo, i sintomi dissociativi non devono essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., blackout, comportamento durante un'intossicazione da alcol) o a un'altra condizione medica (per es., crisi epilettiche parziali complesse).

Specificare se:

Con espressione ritardata: Se i criteri diagnostici non sono soddisfatti appieno entro 6 mesi dall'evento (ancorché l'insorgenza e l'espressione di alcuni sintomi possano essere immediate).

Disturbo da stress post-traumatico nei bambini sotto i 6 anni

A. Nei bambini sotto i 6 anni, esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.
2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri, in particolare ai caregiver primari.

   Nota: L'essere testimoni non include eventi ai quali si assiste attraverso media elettronici, televisione, film, o immagini.
3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a una figura di accudimento.

B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento/i traumatico/i, che hanno inizio successivamente all'evento/i traumatico/i:

1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i.

   Nota: Ricordi spontanei e intrusivi non appaiono necessariamente come spiacevoli e possono essere espressi come gioco riattualizzante.
2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i.

   Nota: Può non essere possibile accertare che il contenuto terrorizzante sia collegato con l'evento traumatico.
3. Reazioni dissociative (per es., flashback) in cui il bambino sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. (Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante.) La riattualizzazione specifica del trauma può verificarsi nel gioco.
4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.
5. Marcate reazioni fisiologiche in risposta a fattori che ricordano l'evento/i traumatico/i.

C. Uno (o più) dei seguenti sintomi, che rappresentano persistente evitamento degli stimoli associati all'evento/i traumatico/i o alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento/i traumatico/i, devono essere presenti, iniziati o peggiorati dopo l'evento/i traumatico/i.

Persistente evitamento degli stimoli

1. Evitamento o tentativi di evitamento di attività, luoghi o fattori fisici che suscitano ricordi dell'evento/i traumatico/i.
2. Evitamento o tentativi di evitamento di persone, conversazioni o situazioni interpersonali che suscitano ricordi dell'evento/i traumatico/i.

Alterazioni negative della cognitività

3. Sostanziale aumento della frequenza di stati emotivi negativi (per es., paura, colpa, tristezza, vergogna, confusione).
4. Marcata diminuzione di interesse o partecipazione ad attività significative, inclusa la limitazione del gioco.
5. Comportamento socialmente ritirato.
6. Persistente riduzione dell'espressione di emozioni positive.

D. Alterazioni dell'arousal e della reattività associate all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti (compresi estremi accessi di collera).
2. Ipervigilanza.
3. Esagerata risposta di allarme.
4. Problemi di concentrazione.
5. Difficoltà relative al sonno (per es., difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore).

E. La durata delle alterazioni è superiore a 1 mese.

F. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione nella relazione con genitori, fratelli, coetanei o altri caregiver, oppure nel comportamento scolastico.

G. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaci, alcol) o a un'altra condizione medica.

Specificare quale:

Con sintomi dissociativi: I sintomi dell'individuo soddisfano i criteri per un disturbo da stress post-traumatico e l'individuo fa esperienza di sintomi persistenti o ricorrenti di uno dei due seguenti criteri:

1. **Depersonalizzazione:** Persistenti o ricorrenti esperienze di sentirsi distaccato dai, e come se si fosse un osservatore esterno dei, propri processi mentali o dal proprio corpo (per es., sensazione di essere in un sogno; sensazione di irrealtà di se stessi o del proprio corpo o del lento scorrere del tempo).
2. **Derealizzazione:** Persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante (per es., il mondo intorno all'individuo viene da lui vissuto come irreale, onirico, distante o distorto).

Nota: Per utilizzare questo sottotipo, i sintomi dissociativi non devono essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., blackout) o a un'altra condizione medica (per es., crisi epilettiche parziali complesse).

Specificare se:

Con espressione ritardata: Se i criteri diagnostici non sono soddisfatti appieno entro 6 mesi dall'evento (ancorché l'insorgenza e l'espressione di alcuni sintomi possano essere immediate).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo da stress post-traumatico (DSPT) è lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione a uno o più eventi traumatici. Le reazioni emotive all'evento traumatico (per es., paura, disperazione, orrore) non fanno più parte del Criterio A. La manifestazione clinica del DSPT è variabile. In alcuni individui può essere predominante il rivivere con paura i sintomi emotivi e comportamentali. In altri, possono creare maggiore sofferenza gli stati d'animo anedonici o disforici e i pensieri negativi. Altri ancora mostrano una preminenza di sintomi di arousal e reattivo-esternalizzanti, mentre in altri predominano sintomi dissociativi. Infine, alcuni individui mostrano combinazioni di questi pattern di sintomi.

Gli eventi traumatici vissuti direttamente descritti nel Criterio A includono, ma non sono limitati a, esposizione alla guerra come soldato o civile, aggressione fisica reale o

minacciata (per es., attacco fisico, scippo, rapina, abuso fisico in età infantile), violenza sessuale reale o minacciata (per es., penetrazione sessuale forzata, penetrazione sessuale facilitata da alcol/droghe, contatto sessuale abusivo, abuso sessuale senza contatto, commercio sessuale), essere rapiti, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, incarcerazione come prigionieri di guerra, disastri naturali o provocati dall'uomo, gravi incidenti automobilistici. Per i bambini, eventi sessualmente violenti possono includere esperienze sessuali inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo, pur senza violenza fisica o lesioni. Una malattia che mette a repentaglio la vita o una condizione medica debilitante non è necessariamente considerata un evento traumatico. Incidenti medici qualificati come eventi traumatici comprendono improvvisi eventi catastrofici (per es., svegliarsi durante un intervento chirurgico, shock anafilattico). Gli eventi vissuti come testimoni includono, ma non sono limitati a, l'osservare minacce o gravi lesioni, morte innaturale, abuso fisico o sessuale di un'altra persona dovuto a un'aggressione violenta, violenza domestica, incidente, guerra o disastro, o una catastrofe medica riguardante il proprio figlio (per es., un'emorragia che ne mette a repentaglio la vita). Un'esposizione indiretta attraverso l'apprendimento di un evento è limitata a esperienze che interessano parenti o amici stretti e a esperienze violente o accidentali (per es., la morte dovuta a cause naturali non è qualificata). Tali eventi includono aggressione personale violenta, suicidio e lesioni gravi. Il disturbo può risultare particolarmente grave o prolungato quando il fattore stressante è interpersonale e intenzionale (per es., tortura, violenza sessuale).

L'evento traumatico può essere rivissuto in vari modi. Comunemente, l'individuo presenta ricordi ricorrenti, involontari e intrusivi dell'evento (Criterio B1). Nel DSPT i ricordi intrusivi sono distinti dalla ruminazione depressiva in quanto si applicano solo a ricordi spiacevoli involontari e intrusivi. L'enfasi è posta sui ricordi ricorrenti dell'evento che includono solitamente componenti comportamentali sensoriali, emotive o fisiologiche. Un sintomo comune sono sogni spiacevoli che ripetono l'evento stesso o che sono rappresentativi o tematicamente collegati alle principali minacce contenute nell'evento traumatico (Criterio B2). L'individuo può sperimentare stati dissociativi che durano da pochi secondi a diverse ore, o anche giorni, durante i quali vengono rivissute parti dell'evento e il soggetto si comporta come se l'evento avvenisse in quel momento (Criterio B3). Tali eventi si verificano lungo un continuum che va da brevi intrusioni visive o sensoriali relative a parti dell'evento traumatico, senza perdita di orientamento nella realtà, fino alla completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante. Questi episodi, spesso chiamati "flashback", sono tipicamente brevi, ma possono essere associati a sofferenza prolungata e aumento dell'arousal. Per i bambini piccoli, la riattualizzazione degli eventi collegati con il trauma può apparire durante il gioco o negli stati dissociativi. Spesso si manifestano intensa sofferenza psicologica (Criterio B4) o reattività fisiologica (Criterio B5) quando l'individuo viene esposto a eventi scatenanti che assomigliano a, o simboleggiano, un aspetto dell'evento traumatico (per es., giorni ventosi dopo un uragano; vedere qualcuno che assomiglia a chi ha perpetrato il trauma). Il fattore scatenante potrebbe essere una sensazione fisica (per es., vertigini per un sopravvissuto a un trauma cranico; battito cardiaco accelerato per un bambino precedentemente traumatizzato), soprattutto per individui con manifestazioni altamente somatiche.

Vengono evitati in modo persistente (per es., sempre o quasi sempre) gli stimoli associati al trauma. L'individuo in genere tenta volontariamente di evitare pensieri, ricordi, sentimenti o di parlare dell'evento traumatico (per es., utilizzando tecniche di distrazione per evitare fattori interni che suscitino ricordi) (Criterio C1) e di evitare attività, oggetti, situazioni o persone che suscitano ricordi di esso (Criterio C2).

Alterazioni negative dei pensieri e delle emozioni associati all'evento iniziano o peggiorano dopo l'esposizione all'evento. Queste alterazioni negative possono assumere varie forme, che includono un'incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento traumatico; tale amnesia è tipicamente dovuta ad amnesia dissociativa e non è dovuta a lesioni alla testa, alcol o droghe (Criterio D1). Un'altra forma è costituita da aspettative negative persistenti (per es., sempre o quasi sempre) ed esagerate che riguardano importanti aspetti della vita dell'individuo stesso o di altri, o del futuro (per es., "Ho sempre avuto un cattivo giudizio"; "Non ci si può fidare delle persone che comandano"), che possono manifestarsi come un cambiamento negativo nell'identità percepita a partire dal trauma (per es., "Non potrò più fidarmi di nessuno"; Criterio D2). Individui con DSPT possono avere persistenti pensieri erronei relativi alle cause dell'evento traumatico che li ha portati ad accusare se stessi o altri (per es., "È tutta colpa mia se mio zio ha abusato di me") (Criterio D3). O un persistente stato d'animo negativo (per es., paura, orrore, rabbia, colpa, vergogna), iniziato o peggiorato dopo l'esposizione all'evento traumatico (Criterio D4). L'individuo può sperimentare una marcata diminuzione di interesse o partecipazione ad attività precedentemente piacevoli (Criterio D5), una sensazione di distacco o estraneità rispetto ad altre persone (Criterio D6), oppure una persistente incapacità di provare emozioni positive (soprattutto felicità, gioia, soddisfazione, o emozioni associate a intimità, tenerezza e sessualità) (Criterio D7).

Individui con DSPT possono diventare facilmente irascibili e possono adottare un comportamento aggressivo verbale e/o fisico con minima o nessuna provocazione (per es., gridare contro le persone, fare a botte, distruggere oggetti) (Criterio E1). Possono anche adottare un comportamento spericolato o autodistruttivo, come la guida pericolosa o l'eccessivo uso di alcol o droga, oppure un comportamento autolesivo o suicidario (Criterio E2). Il DSPT è spesso caratterizzato da un'aumentata sensibilità alle potenziali minacce, incluse quelle collegate con l'esperienza traumatica (per es., dopo un incidente stradale, essere particolarmente sensibili alla potenziale minaccia proveniente da automobili e camion) e quelle non collegate con l'evento traumatico (per es., temere di avere un attacco di cuore) (Criterio E3). Gli individui con DSPT possono essere molto reattivi in risposta a stimoli inaspettati, mostrando un'aumentata risposta di allarme, oppure nervosismo, a forti rumori o movimenti inaspettati (per es., sussultare marcatamente in risposta a un telefono che squilla) (Criterio E4). Difficoltà di concentrazione, che comprendono la difficoltà a ricordare eventi quotidiani (per es., dimenticare il proprio numero di telefono) oppure a prestare attenzione ad attività mirate (per es., seguire una conversazione per un periodo di tempo prolungato), sono riportate frequentemente (Criterio E5). Problemi nell'addormentarsi o nel mantenere il sonno sono comuni e possono essere associati a incubi oppure a preoccupazioni collegate con la sicurezza o con un'elevata arousal generalizzata che interferisce con un sonno adeguato (Criterio E6). Alcuni individui sperimentano anche persistenti sintomi dissociativi di distacco dal loro corpo (depersonalizzazione) oppure dal mondo intorno a loro (derealizzazione); questo si riflette all'interno dello specificatore "con sintomi dissociativi".

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

È possibile che si verifichi una regressione dello sviluppo, come la perdita del linguaggio nei bambini piccoli. Possono essere presenti pseudoallucinazioni uditive, come avere l'esperienza sensoriale di sentir parlare i propri pensieri con una o più voci diverse, come pure l'ideazione paranoide. A seguito di eventi traumatici prolungati, ripetuti e

gravi (per es., abuso infantile, tortura), l'individuo può sperimentare ulteriori difficoltà nella regolazione delle emozioni o nel mantenere una stabilità nelle relazioni interpersonali, o sintomi dissociativi. Quando l'evento traumatico porta a morte violenta, possono essere presenti sintomi sia di lutto problematico sia di DSPT.

Prevalenza

Negli Stati Uniti, la proiezione del rischio di vita per il DSPT, utilizzando i criteri del DSM-IV, all'età di 75 anni è 8,7%. La prevalenza annuale tra gli adulti degli Stati Uniti è circa 3,5%. Stime inferiori sono state osservate in Europa e nella maggior parte dei paesi asiatici, africani e latinoamericani, raggruppandosi intorno a 0,5-1,0%. Benché gruppi diversi abbiano differenti livelli di esposizione agli eventi traumatici, la probabilità condizionata di sviluppare il DSPT in seguito a un analogo livello di esposizione può variare tra i gruppi culturali. I tassi di DSPT sono più alti tra i veterani e altri individui la cui professione aumenta il rischio di esposizione a eventi traumatici (per es., agenti di polizia, vigili del fuoco, personale medico d'emergenza). I tassi più alti (che variano da un terzo a più di metà degli individui esposti) sono stati osservati tra individui sopravvissuti a rapimento, combattimenti e prigionia militare, nonché internamento e genocidio di natura etnica o politica. La prevalenza del DSPT può variare nel corso dello sviluppo; bambini e adolescenti, compresi bambini in età prescolare, hanno mostrato generalmente una prevalenza minore in seguito all'esposizione a gravi eventi traumatici; tuttavia, questo potrebbe essere dovuto al fatto che i criteri precedenti non erano sufficientemente orientati alle varie fasi dello sviluppo. Anche la prevalenza del DSPT diagnosticato in base a tutti i criteri sembra essere minore tra gli adulti più anziani rispetto alla popolazione generale; vi è evidenza che le manifestazioni sottosoglia sono più comuni rispetto al DSPT in età avanzata e che questi sintomi sono associati a una sostanziale compromissione clinica. Rispetto a individui bianchi statunitensi non latinoamericani, sono stati riportati maggiori tassi di DSPT tra gli individui statunitensi latinoamericani, afroamericani e indiani d'America, mentre tassi più bassi sono stati riportati tra asiaticoamericani, dopo aver aggiustato l'analisi per l'esposizione traumatica e le variabili demografiche.

Sviluppo e decorso

Il DSPT si può manifestare a qualsiasi età, fin dal primo anno di vita. I sintomi insorgono in genere nei primi 3 mesi dopo il trauma, sebbene possa esservi un ritardo di mesi, o anche di anni, prima che siano soddisfatti i criteri per una diagnosi. Vi sono abbondanti evidenze per ciò che il DSM-IV ha definito "esordio ritardato" e che adesso è definito "espressione ritardata", con il riconoscimento che alcuni sintomi compaiono in genere immediatamente e che il ritardo è nel pieno soddisfacimento di tutti i criteri.

Spesso la reazione di un individuo a un trauma soddisfa i criteri per il disturbo da stress acuto immediatamente dopo il trauma. I sintomi del DSPT e la relativa predominanza di sintomi differenti possono variare nel tempo. Varia anche la durata dei sintomi, con un recupero completo entro 3 mesi che si verifica in circa la metà degli adulti, mentre alcuni individui continuano a mostrare i sintomi per più di 12 mesi e talvolta per più di 50 anni. La ricorrenza e l'intensificazione dei sintomi possono verificarsi in risposta a fattori che suscitano ricordi del trauma originale, fattori stressanti della vita quotidiana o eventi traumatici vissuti recentemente. Negli individui più anziani, il declino fisico, il deterioramento delle funzioni cognitive e l'isolamento sociale possono esacerbare i sintomi del DSPT.

L'espressione clinica del rivivere l'evento traumatico può variare attraverso lo sviluppo. Bambini piccoli possono riferire una nuova insorgenza di sogni spaventosi senza contenuti specifici relativi all'evento traumatico. Prima dei 6 anni di età (si vedano i criteri per il sottotipo per l'età prescolare), i bambini piccoli hanno maggiori probabilità di esprimere sintomi del rivivere l'evento traumatico attraverso il gioco, che fa direttamente o simbolicamente riferimento al trauma. Essi possono non manifestare reazioni di paura al momento dell'esposizione o mentre rivivono l'evento traumatico. I genitori possono riferire un'ampia serie di cambiamenti emotivi e comportamentali nei bambini piccoli. I bambini possono concentrarsi su interventi immaginati nel gioco o nella narrazione. Oltre all'evitamento, i bambini possono sviluppare preoccupazioni collegate con i ricordi. A causa della limitata capacità dei bambini piccoli di esprimere pensieri o categorizzare emozioni, le alterazioni negative dell'umore e del pensiero tendono a comportare soprattutto cambiamenti di umore. I bambini possono sperimentare il concomitante verificarsi di traumi (per es., subire abuso fisico, assistere a violenza domestica) e in condizioni croniche può non essere possibile identificare l'esordio della sintomatologia. Nei bambini piccoli, il comportamento evitante può essere associato a una limitazione del gioco o del comportamento esplorativo; nei bambini in età scolastica, a una ridotta partecipazione a nuove attività; negli adolescenti, alla riluttanza a ricercare opportunità di sviluppo (per es., incontri, guida). Bambini più grandi e adolescenti possono giudicare se stessi come vigliacchi. Gli adolescenti possono nutrire convinzioni di essere cambiati in modi che li rendono socialmente indesiderabili e li estraniano dal gruppo dei pari (per es., "Adesso non sarò mai in forma") e perdere le aspirazioni per il futuro. In bambini e adolescenti il comportamento irritabile o aggressivo può interferire con le relazioni con i coetanei e il comportamento scolastico. Il comportamento spericolato può portare a lesioni accidentali a se stessi o ad altri, ricerca di emozioni forti o comportamenti ad alto rischio. Gli individui che continuano a sperimentare il DSPT in età adulta avanzata possono esprimere un minor numero di sintomi di ipervigilanza, evitamento, pensieri e umore negativi rispetto ai giovani adulti con DSPT, anche se gli adulti esposti a eventi traumatici in età avanzata possono mostrare più evitamento, ipervigilanza, disturbi del sonno e crisi di pianto di quanto non facciano gli adulti più giovani esposti agli stessi eventi traumatici. Negli individui più anziani, il disturbo è associato a percezioni negative circa la salute, a utilizzo dell'assistenza primaria e a ideazione suicidaria.

Fattori di rischio e prognosi

I fattori di rischio (e protettivi) sono generalmente suddivisi in fattori pretraumatici, peritraumatici e post-traumatici.

Fattori pretraumatici

Fattori temperamentali. Comprendono problemi emotivi dell'infanzia prima dei 6 anni (per es., prima dell'esposizione traumatica, problemi esternalizzanti o di ansia) e precedenti disturbi mentali (per es., disturbo di panico, disturbo depressivo, DSPT o disturbo ossessivo-compulsivo [DOC]).

Fattori ambientali. Comprendono status socioeconomico basso; basso livello di istruzione; esposizione a un precedente trauma (soprattutto durante l'infanzia); avversità nell'infanzia (per es., deprivazione economica, disfunzione familiare, separazione o morte dei genitori); caratteristiche culturali (per es., strategie di coping fatalistiche oppure di autoaccusa); intelligenza inferiore; status razziale/etnico di minoranza; e una

storia di disturbi psichiatrici in famiglia. La presenza di supporto sociale prima dell'esposizione all'evento risulta essere protettiva.

Fattori genetici e fisiologici. Comprendono il genere femminile e un'età più giovane al momento dell'esposizione al trauma (per gli adulti). Determinati genotipi possono essere protettivi o aumentare il rischio di DSPT dopo l'esposizione a eventi traumatici.

Fattori peritraumatici

Fattori ambientali. Comprendono la gravità (dose) del trauma (maggiore è l'entità del trauma, maggiore è la possibilità di sviluppare il DSPT), percepita minaccia per la vita, lesione personale, violenza interpersonale (in particolare, nei bambini, il trauma perpetrato da un caregiver o che implica una minaccia, cui si è assistito, a un caregiver) e, per il personale militare, essere esecutore o testimone di atrocità, o avere ucciso il nemico. Infine, la dissociazione che si verifica durante il trauma e persiste in seguito rappresenta un fattore di rischio.

Fattori post-traumatici

Fattori temperamentali. Comprendono valutazioni negative, strategie di coping inappropriate e lo sviluppo del disturbo da stress acuto.

Fattori ambientali. Comprendono la successiva esposizione a ripetuti fattori che suscitano ricordi traumatizzanti, successivi eventi di vita avversi e perdite di natura finanziaria oppure di altro tipo collegate con il trauma.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il rischio di insorgenza e di gravità del DSPT può variare tra gruppi culturali come conseguenza della variazione del tipo di esposizione traumatica (per es., genocidio), dell'impatto sulla gravità del disturbo del significato attribuito all'evento traumatico (per es., impossibilità di effettuare rituali funerari dopo un'uccisione di massa), del contesto socioculturale quotidiano (per es., risiedere tra colpevoli impuniti in un ambiente postconflittuale) e di altri fattori culturali (per es., stress acculturativo negli immigrati). Il rischio relativo per il DSPT di particolari esposizioni (per es., persecuzione religiosa) può variare tra gruppi culturali. La manifestazione clinica dei sintomi oppure dei cluster di sintomi del DSPT può variare culturalmente, soprattutto riguardo a sintomi di evitamento e intorpidimento, sogni spiacevoli e sintomi somatici (per es., vertigini, mancanza di respiro, sensazioni di calore).

Le sindromi e gli idiomi culturali della sofferenza influenzano l'espressione del DSPT e la serie di disturbi in comorbilità nelle varie culture, fornendo dei modelli comportamentali e cognitivi che collegano l'esposizione traumatica con sintomi specifici. Per esempio, i sintomi dell'attacco di panico possono essere salienti nel DSPT in individui cambogiani e latinoamericani a causa dell'associazione dell'esposizione traumatica agli attacchi *khyâl* e all'*ataque de nervios* simili al panico. Una valutazione completa delle manifestazioni locali del DSPT dovrebbe comprendere la valutazione dei concetti culturali della sofferenza (si veda il capitolo "Inquadramento culturale" nella Sezione III).

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il DSPT è maggiormente prevalente tra le femmine rispetto ai maschi lungo l'arco della vita. Nella popolazione generale, le femmine mostrano una durata maggiore del disturbo rispetto ai maschi. Almeno una parte dell'aumentato rischio per il DSPT nelle femmine sembra essere attribuibile a una maggiore probabilità di esposizione a eventi traumatici, come lo stupro e altre forme di violenza interpersonale. All'interno di popolazioni esposte specificamente a tali fattori stressanti, le differenze di genere nel rischio per il DSPT sono attenuate o non significative.

Rischio di suicidio

Eventi traumatici come l'abuso infantile aumentano il rischio di suicidio di un individuo. Il DSPT è associato all'ideazione suicidaria e ai tentativi di suicidio, e la presenza del disturbo può indicare quali individui con ideazione suicidaria alla fine faranno un piano di suicidio o tenteranno effettivamente il suicidio.

Conseguenze funzionali del disturbo da stress post-traumatico

Il DSPT è associato ad alti livelli di disabilità sociale, lavorativa e fisica, oltre che a considerevoli costi economici e alti livelli di utilizzo dei servizi medici. La compromissione del funzionamento si osserva all'interno degli ambiti sociale, interpersonale, evolutivo, scolastico, lavorativo e della salute fisica. In campioni di popolazione e di veterani, il DSPT è associato a rapporti sociali e familiari scarsi, assenteismo lavorativo, basso reddito e minore successo scolastico e professionale.

Diagnosi differenziale

Disturbi dell'adattamento. Nei disturbi dell'adattamento, l'evento stressante può essere di qualsiasi gravità o tipo rispetto a quello richiesto dal Criterio A del DSPT. La diagnosi di un disturbo dell'adattamento è usata quando la risposta a un evento stressante che soddisfa il Criterio A del DSPT non soddisfa tutti gli altri criteri del DSPT (oppure i criteri per un altro disturbo mentale). Un disturbo dell'adattamento è diagnosticato anche quando il pattern di sintomi del DSPT si verifica in risposta a un evento stressante che non soddisfa il Criterio A del DSPT (per es., essere lasciati dal coniuge, essere licenziati).

Altri disturbi e condizioni post-traumatiche. Non tutta la psicopatologia che si verifica in individui esposti a un evento stressante estremo dovrebbe essere necessariamente attribuita al DSPT. La diagnosi richiede che l'esposizione al trauma preceda l'insorgenza o l'esacerbazione dei relativi sintomi. Inoltre, se il pattern di risposta sintomatologica all'evento stressante estremo soddisfa i criteri per un altro disturbo mentale, queste diagnosi dovrebbero essere poste in luogo del, oppure in aggiunta al, DSPT. Altre diagnosi e condizioni vengono escluse se esse sono meglio spiegate dal DSPT (per es., sintomi del disturbo di panico che si verificano soltanto dopo l'esposizione a eventi che suscitano ricordi traumatici). Se grave, il pattern di risposta sintomatologica all'evento stressante estremo può giustificare una diagnosi separata (per es., amnesia dissociativa).

Disturbo da stress acuto. Il disturbo da stress acuto si distingue dal DSPT perché il quadro sintomatologico del disturbo da stress acuto è limitato a una durata da 3 giorni fino a 1 mese dopo l'esposizione all'evento traumatico.

Disturbi d'ansia e disturbo ossessivo-compulsivo. Nel DOC vi sono ricorrenti pensieri intrusivi, ma questi soddisfano la definizione di ossessione. Inoltre, i pensieri intrusivi non sono collegati con un evento traumatico vissuto, le compulsioni sono solitamente presenti e altri sintomi del DSPT o del disturbo da stress acuto sono tipicamente assenti. Né l'arousal e i sintomi dissociativi del disturbo di panico né l'evitamento, l'irritabilità e l'ansia del disturbo d'ansia generalizzata sono associati a un

evento traumatico specifico. I sintomi del disturbo d'ansia di separazione sono chiaramente collegati con la separazione dalla propria casa o dalla famiglia, piuttosto che con un evento traumatico.

Disturbo depressivo maggiore. Il disturbo depressivo maggiore può essere preceduto o non preceduto da un evento traumatico e dovrebbe essere diagnosticato quando sono assenti altri sintomi del DSPT. In particolare, il disturbo depressivo maggiore non include nessuno dei sintomi del DSPT elencati nei Criteri B o C. Non include nemmeno un certo numero di sintomi del DSPT elencati nei Criteri D o E.

Disturbi di personalità. Difficoltà interpersonali che hanno avuto il loro esordio, o sono state fortemente esacerbate, dopo l'esposizione a un evento traumatico possono essere indicative di un DSPT piuttosto che di un disturbo di personalità, in cui tali difficoltà sarebbero previste indipendentemente dall'esposizione a un evento traumatico.

Disturbi dissociativi. Amnesia dissociativa, disturbo dissociativo dell'identità e disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione possono essere preceduti o non preceduti dall'esposizione a un evento traumatico oppure possono mostrare o non mostrare sintomi concomitanti del DSPT. Quando sono soddisfatti appieno i criteri del DSPT, dovrebbe comunque essere considerato il sottotipo DSPT "con sintomi dissociativi".

Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali). La nuova insorgenza di sintomi somatici all'interno di un contesto di sofferenza post-traumatica può essere indicativa di un DSPT piuttosto che di un disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali).

Disturbi psicotici. I flashback del DSPT devono essere distinti da illusioni, allucinazioni e altre alterazioni percettive che possono verificarsi nella schizofrenia, nel disturbo psicotico breve e in altri disturbi psicotici; disturbi depressivo e bipolare con caratteristiche psicotiche; delirium; disturbi indotti da sostanze/farmaci; e disturbi psicotici dovuti a un'altra condizione medica.

Danno cerebrale da trauma. Quando un danno cerebrale avviene nel contesto di un evento traumatico (per es., incidente traumatico, scoppio di una bomba, trauma da accelerazione-decelerazione), possono apparire sintomi del DSPT. Un evento che causa un trauma alla testa può costituire anche un evento traumatico psicologico, e i sintomi neurocognitivi correlati con un danno cerebrale da trauma (DCT) non sono reciprocamente esclusivi e possono verificarsi in concomitanza. I sintomi denominati precedentemente *post-concussivi* (per es., mal di testa, vertigini, sensibilità alla luce o al suono, irritabilità, deficit di concentrazione) possono verificarsi in popolazioni di individui con e senza danno cerebrale, che includono individui con DSPT. Poiché i sintomi del DSPT e i sintomi neurocognitivi correlati con il DCT possono sovrapporsi, la diagnosi differenziale tra DSPT e sintomi del disturbo neurocognitivo attribuibile al DCT può essere possibile in base alla presenza di sintomi peculiari di ciascuna manifestazione. Mentre il rivivere l'evento traumatico e l'evitamento sono caratteristici del DSPT e non sono effetti del DCT, il disorientamento e la confusione persistenti sono più specifici del DCT (effetti neurocognitivi) che del DSPT.

Comorbilità

Individui con DSPT hanno l'80% di possibilità in più rispetto a individui senza DSPT di avere sintomi che soddisfano i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale (per es., disturbi depressivo, bipolare, d'ansia, oppure da uso di sostanze). La comorbilità con il disturbo da uso di sostanze e con il disturbo della condotta è più comune tra i maschi che tra le femmine. Tra il personale militare degli Stati Uniti e i veterani che sono stati dispiegati nelle recenti guerre in Afghanistan e Iraq, la concomitanza di dspt e dct lieve è del 48%. Benché la maggior parte dei bambini piccoli con dspt abbia almeno un'altra diagnosi, i pattern di comorbilità sono differenti rispetto agli adulti, in cui predominano il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo d'ansia di separazione. Infine, vi è una considerevole comorbilità tra DSPT e disturbo neurocognitivo maggiore e alcuni sintomi sovrapposti tra questi disturbi.

Disturbo da stress acuto 308.3 (F43.0)

Criteri diagnostici

A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.
2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri.
3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale.
4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli avversivi dell'evento/i traumatico/i (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori).

   Nota: Il criterio non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film, o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto.

B. Presenza di nove (o più) dei seguenti sintomi di ciascuna delle cinque categorie relative a intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento e arousal, che sono iniziati o peggiorati dopo l'evento/i traumatico/i:

Sintomi di intrusione

1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i.

   Nota: Nei bambini può verificarsi il gioco ripetitivo in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti l'evento/i traumatico/i.

2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i.

   Nota: Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.

3. Reazioni dissociative (per es., flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. (Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante.)

   Nota: Nei bambini, la riattualizzazione specifica del trauma può verificarsi nel gioco.

4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica oppure marcate reazioni fisiologiche in risposta a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.

Umore negativo

5. Persistente incapacità di provare emozioni positive (per es., incapacità di provare felicità, soddisfazione o sentimenti d'amore).

Sintomi dissociativi

6. Alterato senso di realtà del proprio ambiente o di se stessi (per es., vedere se stesso da un'altra prospettiva, essere in stato confusionale, rallentamento del tempo).
7. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento/i traumatico/i (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come trauma cranico, alcol o droghe).

Sintomi di evitamento

8. Tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.
9. Tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.

Sintomi di arousal

10. Difficoltà relative al sonno (per es., difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore).
11. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
12. Ipervigilanza.
13. Problemi di concentrazione.
14. Esagerate risposte di allarme.

C. La durata dell'alterazione (sintomi del Criterio B) va da 3 giorni a 1 mese dall'esposizione al trauma.

Nota: Tipicamente i sintomi iniziano immediatamente dopo il trauma, ma è necessaria la persistenza per almeno 3 giorni e fino a 1 mese per soddisfare i criteri del disturbo.

D. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaci, alcol) o a un'altra condizione medica (per es., lieve danno cerebrale da trauma), e non è meglio spiegato da un disturbo psicotico breve.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo da stress acuto è lo sviluppo di sintomi caratteristici che durano da 3 giorni a 1 mese dall'esposizione a uno o più eventi traumatici. Gli eventi traumatici che vengono vissuti direttamente includono, anche se non sono limitati a, esposizione alla guerra come soldato o civile, aggressione fisica reale o minacciata (per es., violenza sessuale, attacco fisico, combattimento attivo, rapina, violenza fisica e/o sessuale infantile, essere rapito, essere preso in ostaggio, attacco terroristico, tortura), disastri naturali o provocati dall'uomo (per es., terremoto, uragano, incidente aereo) e incidenti gravi (per es., grave incidente automobilistico, incidente industriale). Per i bambini, gli eventi sessuali traumatici possono includere esperienze sessuali inappropriate senza violenza o lesioni. Una malattia che mette a repentaglio la vita o una condizione medica debilitante non è necessariamente considerata un evento traumatico. Incidenti medici qualificati come eventi traumatici comprendono improvvisi eventi catastrofici (per es., svegliarsi durante un intervento chirurgico, shock anafilattico). Eventi stressanti che non possiedono le gravi e traumatiche componenti degli eventi compresi nel Criterio A possono portare a un disturbo dell'adattamento, ma non a un disturbo da stress acuto.

La manifestazione clinica del disturbo da stress acuto può variare da un individuo all'altro, ma tipicamente comporta una risposta ansiosa che include in qualche modo il rivivere l'evento traumatico o qualche forma di reattività all'evento traumatico. In alcuni individui può essere predominante una manifestazione dissociativa o distaccata, nonostante tali individui mostrino tipicamente anche una forte reattività emotiva o fisiologica in risposta a fattori che suscitano ricordi collegati con il trauma. In altri individui può verificarsi una forte risposta di rabbia la cui reattività è caratterizzata da risposte irritate o possibilmente aggressive. Il quadro sintomatologico completo deve essere presente per almeno 3 giorni dall'evento traumatico e può essere diagnosticato soltanto fino a 1 mese dall'evento. I sintomi che si verificano immediatamente dopo l'evento ma si risolvono in meno di 3 giorni non soddisfano i criteri per un disturbo da stress acuto.

L'aver assistito a eventi traumatici include, anche se non è limitata a, osservazione di gravi lesioni reali o minacciate, morte innaturale, violenza fisica o sessuale inflitta su un altro individuo come esito di un'aggressione personale violenta, grave violenza domestica, grave incidente, guerra e disastro; è incluso anche l'essere testimoni di una catastrofe medica (per es., un'emorragia che mette a repentaglio la vita) che coinvolge il proprio figlio. Eventi vissuti indirettamente attraverso l'apprendimento sono limitati a quelli che interessano parenti o amici stretti. Tali eventi devono essere stati violenti o accidentali – la morte dovuta a cause naturali non è qualificata – e includono aggressione personale violenta, suicidio, grave incidente o grave lesione. Il disturbo può essere particolarmente grave quando l'evento stressante è interpersonale e intenzionale (per es., tortura, stupro). La probabilità di sviluppare questo disturbo può aumentare con l'intensificazione dell'evento stressante e della vicinanza fisica a esso.

L'evento traumatico può essere rivissuto in vari modi. Solitamente, l'individuo ha ricordi ricorrenti e intrusivi dell'evento (Criterio B). I ricordi sono spontanei o innescati da memorie ricorrenti dell'evento che solitamente si verificano in risposta allo stimolo che riporta all'esperienza traumatica (per es., lo scoppiettio di una marmitta che suscita ricordi di colpi di pistola). Questi ricordi intrusivi includono spesso componenti sensoriali (per es., avvertire il calore intenso che è stato percepito durante l'incendio di una casa), emotive (per es., sperimentare la paura di quando si crede di stare per essere accoltellati) o fisiologiche (per es., sperimentare la mancanza di respiro di quando si sta per annegare).

Sogni spiacevoli possono avere contenuti rappresentativi o tematicamente collegati con le principali minacce coinvolte nell'evento traumatico. (Per esempio, i sogni spiacevoli di un sopravvissuto a un incidente stradale possono riguardare solitamente scontri di automobili; nel caso di un soldato combattente, i sogni spiacevoli possono riguardare l'essere feriti in circostanze diverse dal combattimento.)

Gli stati dissociativi possono durare da pochi secondi ad alcune ore, oppure anche giorni, durante i quali le componenti dell'evento vengono rivissute e l'individuo si comporta come se stesse rivivendo l'evento in quel momento. Mentre le risposte dissociative sono comuni durante un evento traumatico, solo le risposte dissociative che persistono oltre 3 giorni dall'esposizione al trauma vengono considerate per la diagnosi del disturbo da stress acuto. Per i bambini piccoli, la riattualizzazione di eventi collegati con il trauma può apparire durante il gioco e può includere momenti dissociativi (per es., un bambino che sopravvive a un incidente stradale può far scontrare ripetutamente macchinine durante il gioco in maniera intenzionale e angosciosa). Questi episodi, spesso indicati come "flashback", sono tipicamente di breve durata, ma implicano la sensazione che l'evento traumatico si stia verificando nel presente anziché essere ricordato come un evento del passato e sono associati a una sofferenza significativa.

Alcuni individui con il disturbo da stress acuto non hanno ricordi intrusivi dell'evento in sé, ma sperimentano invece un'intensa sofferenza psicologica o reattività fisiologica quando sono esposti a eventi scatenanti che assomigliano o simboleggiano un aspetto dell'evento traumatico (per es., giornate ventose per bambini che sono stati vittime di un uragano, entrare in ascensore per un maschio o una femmina che sono stati violentati in un ascensore, vedere qualcuno che assomiglia a chi ha perpetrato il trauma). Il fattore scatenante può essere una sensazione fisica (per es., un senso di calore per la vittima di un incendio, vertigini per i sopravvissuti a un trauma cranico), soprattutto per individui con manifestazioni altamente somatiche. L'individuo può avere una persistente incapacità di provare emozioni positive (per es., felicità, gioia, soddisfazione, oppure emozioni associate a intimità, tenerezza o sessualità), ma è in grado di provare emozioni negative come paura, tristezza, rabbia, colpa o vergogna.

Le alterazioni della consapevolezza possono includere la *depersonalizzazione*, ovvero un senso di distacco da se stessi (per es., vedere se stessi dall'altra parte della stanza), o la *derealizzazione*, ovvero avere una visione distorta dell'ambiente circostante (per es., percepire che le cose si muovono al rallentatore, vedere le cose annebbiate, non essere consapevoli degli eventi di cui si sarebbe normalmente consapevoli). Alcuni individui riferiscono anche l'incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento traumatico che è stato presumibilmente codificato. Questo sintomo è attribuibile all'amnesia dissociativa e non è attribuibile a trauma cranico, alcol o droghe.

Gli stimoli associati al trauma vengono evitati in modo persistente. L'individuo può rifiutarsi di discutere dell'esperienza traumatica o può impegnarsi in strategie di evitamento per ridurre al minimo la consapevolezza delle reazioni emotive (per es., uso eccessivo di alcol quando si ricorda l'esperienza). L'evitamento comportamentale può includere l'evitare di guardare le notizie relative all'esperienza traumatica, il rifiutarsi di tornare su un luogo di lavoro dove si è verificato il trauma o l'evitare di interagire con altri che hanno condiviso la stessa esperienza traumatica.

Per gli individui con disturbo da stress acuto è molto comune avere problemi nell'addormentarsi o nel mantenere il sonno, che possono essere associati a incubi o a elevata arousal generalizzata che impedisce un sonno adeguato. Individui con disturbo da stress acuto possono essere facilmente irritabili e possono anche adottare un comportamento aggressivo verbale e/o fisico in risposta a una piccola provocazione. Il disturbo da stress acuto è spesso caratterizzato da un'aumentata sensibilità a potenziali minacce, comprese quelle che sono collegate con l'esperienza traumatica (per es., la vittima di un incidente stradale può essere particolarmente sensibile alla potenziale minaccia proveniente da automobili o camion) o quelle non collegate con l'evento traumatico (per es., paura di avere un attacco cardiaco). Difficoltà di concentrazione, che comprendono la difficoltà a ricordare eventi quotidiani (per es., dimenticare il proprio numero di telefono) oppure a prestare attenzione ad attività mirate (per es., seguire una conversazione per un periodo di tempo prolungato), sono riportate frequentemente. Individui con disturbo da stress acuto possono essere molto reattivi in risposta a stimoli inaspettati, mostrando un'aumentata risposta di allarme, oppure nervosismo, a forti rumori o movimenti inaspettati (per es., sussultare marcatamente in risposta a un telefono che squilla).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Individui con disturbo da stress acuto hanno solitamente pensieri catastrofici o estremamente negativi circa il loro ruolo nell'evento traumatico, la loro risposta all'esperienza traumatica oppure la possibilità di danno futuro. Per esempio, un individuo con disturbo da stress acuto può sentirsi estremamente in colpa per non essere stato in grado di prevenire l'evento traumatico o di adattarsi con maggiore successo all'esperienza vissuta. Individui con disturbo da stress acuto possono anche interpretare i loro sintomi in modo catastrofico, così che i flashback o l'intorpidimento emotivo possono essere interpretati come segno di una diminuita capacità mentale. Per gli individui con disturbo da stress acuto è comune avere attacchi di panico durante il primo mese dopo l'esposizione al trauma, che possono essere innescati da fattori che suscitano ricordi collegati con il trauma o verificarsi in modo apparentemente spontaneo. Inoltre, gli individui con disturbo da stress acuto possono mostrare un comportamento caotico o impulsivo. Per esempio, possono guidare in modo spericolato, prendere decisioni irrazionali o giocare eccessivamente d'azzardo. Nei bambini, può esservi una significativa ansia di separazione, eventualmente manifestata attraverso un eccessivo bisogno di attenzione da parte dei caregiver. In caso di lutto a seguito di una morte avvenuta in circostanze traumatiche, i sintomi del disturbo da stress acuto possono comportare reazioni di dolore acuto. In questi casi, i sintomi associati al rivivere l'evento traumatico, dissociativi e di arousal possono comportare reazioni alla perdita, come ricordi intrusivi delle circostanze della morte di un individuo, incredulità relativa alla morte di un individuo e rabbia nei confronti della morte. Sintomi postconcussivi (per es., mal di testa, vertigini, sensibilità a luce o rumore, irritabilità, difficoltà di concentrazione), che si verificano frequentemente in seguito a un lieve danno cerebrale da trauma, sono anche frequentemente osservati in individui con disturbo da stress acuto. I sintomi postconcussivi sono ugualmente comuni nelle popolazioni di individui con o senza danno cerebrale, e il frequente verificarsi dei sintomi postconcussivi può essere attribuito a sintomi del disturbo da stress acuto.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo da stress acuto in popolazioni che sono state esposte di recente a un trauma (per es., entro 1 mese dall'esposizione al trauma) varia in base alla natura dell'evento e al contesto in cui esso si è verificato. Sia nella popolazione statunitense sia in altre, il disturbo da stress acuto tende a essere riconosciuto in meno del 20% dei casi a seguito di eventi traumatici che non comportano aggressione interpersonale; nel 13-21% degli incidenti stradali, nel 14% dei lievi danni cerebrali da trauma, nel 19% delle aggressioni, nel 10% di gravi incendi e nel 6-12% di incidenti industriali. Tassi più elevati (per es., 20-50%) sono stati riportati a seguito di eventi traumatici interpersonali, compresa aggressione, stupro e l'aver assistito a un'uccisione di massa.

Sviluppo e decorso

Il disturbo da stress acuto non può essere diagnosticato prima di 3 giorni dopo l'evento traumatico. Benché il disturbo da stress acuto possa progredire verso il disturbo da stress post-traumatico (DSPT) dopo 1 mese, può anche essere una risposta transitoria allo stress che si risolve entro 1 mese dall'esposizione al trauma e non sfocia in un DSPT. Circa la metà degli individui che sviluppano eventualmente un DSPT presenta inizialmente un disturbo da stress acuto. Può verificarsi un peggioramento dei sintomi durante il primo mese, spesso come risultato di fattori stressanti della vita quotidiana o di ulteriori eventi traumatici.

Le modalità con cui l'evento traumatico viene rivissuto possono variare nel corso dello sviluppo. A differenza di adulti o adolescenti, i bambini piccoli possono riferire la presenza di sogni spaventosi senza un contenuto che rifletta chiaramente gli

aspetti del trauma (per es., svegliarsi impauriti il giorno dopo il trauma, ma non essere in grado di collegare il contenuto del sogno con l'evento traumatico). Bambini di 6 anni di età e anche più piccoli hanno più probabilità rispetto a bambini più grandi di esprimere sintomi associati al rivivere l'evento traumatico attraverso il gioco, che si riferisce direttamente o simbolicamente al trauma. Per esempio, un bambino molto piccolo sopravvissuto a un incendio può disegnare immagini di fiamme. Inoltre, i bambini piccoli non manifestano necessariamente reazioni di paura al momento dell'esposizione oppure mentre rivivono l'evento traumatico. I genitori riferiscono di solito, in bambini piccoli traumatizzati, una varietà di espressioni emotive, come rabbia, vergogna o ritiro, nonché affetto positivo eccessivamente intenso. Benché i bambini possano evitare i ricordi del trauma, talvolta si preoccupano dei ricordi stessi (per es., un bambino piccolo morso da un cane può parlare costantemente di cani, ma evitare di uscire di casa per paura di entrare in contatto con un cane).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I fattori di rischio includono un precedente disturbo mentale, alti livelli di affettività negativa (nevroticismo), maggiore gravità percepita dell'evento traumatico e uno stile di coping evitante. Valutazioni catastrofiche dell'esperienza traumatica, spesso caratterizzate da valutazioni esagerate del danno futuro, senso di colpa o disperazione, sono fortemente predittive del disturbo da stress acuto.

Fattori ambientali. In primo luogo, un individuo deve essere esposto a un evento traumatico per poter essere a rischio di disturbo da stress acuto. I fattori di rischio per il disturbo includono una storia di precedenti traumi.

Fattori genetici e fisiologici. Le femmine sono più a rischio di sviluppare il disturbo da stress acuto. Un'elevata reattività, come risulta dalla risposta d'allarme a stimoli acustici, precedente all'esposizione al trauma aumenta il rischio di sviluppare il disturbo da stress acuto.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il profilo sintomatologico del disturbo da stress acuto può variare da una cultura all'altra, soprattutto per quanto riguarda sintomi dissociativi, incubi, evitamento e sintomi somatici (per es., vertigini, mancanza di respiro, sensazione di calore). Le sindromi e gli idiomi culturali della sofferenza tracciano profili sintomatologici locali del disturbo da stress acuto. Alcuni gruppi culturali possono mostrare varianti delle risposte dissociative, come comportamenti di possessione o di trance durante il primo mese dopo l'esposizione al trauma. I sintomi di panico possono essere salienti nel disturbo da stress acuto tra i cambogiani a causa dell'associazione dell'esposizione traumatica agli attacchi *khyâl* simili al panico, e anche l'*ataque de nervios* tra i latinoamericani può seguire un'esposizione traumatica.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il disturbo da stress acuto è maggiormente prevalente tra le femmine rispetto ai maschi. Differenze neurobiologiche collegate con il sesso nella risposta allo stress possono contribuire all'aumento del rischio femminile del disturbo da stress acuto. L'aumentato rischio per il disturbo nelle femmine può essere attribuibile in parte alla maggiore probabilità di esposizione ai tipi di eventi traumatici con un alto rischio condizionale per il disturbo da stress acuto, come stupro e altri tipi di violenza interpersonale.

Conseguenze funzionali del disturbo da stress acuto

La compromissione del funzionamento in ambito sociale, interpersonale o lavorativo è stata mostrata tra i sopravvissuti a incidenti, aggressioni e stupri che hanno sviluppato il disturbo da stress acuto. Gli estremi livelli di ansia che possono essere associati al disturbo da stress acuto possono interferire con il sonno, i livelli di energia e la capacità di prestare attenzione a compiti. L'evitamento nel disturbo da stress acuto può comportare il ritiro generalizzato da molte situazioni percepite come potenzialmente pericolose, che può portare a non presentarsi ad appuntamenti medici, evitare la guida in occasione di appuntamenti importanti e assenteismo lavorativo.

Diagnosi differenziale

Disturbi dell'adattamento. Nel disturbo dell'adattamento, l'evento stressante può essere di qualsiasi gravità piuttosto che della gravità e del tipo richiesto dal Criterio A del disturbo da stress acuto. La diagnosi di un disturbo dell'adattamento viene utilizzata quando la risposta all'evento del Criterio A non soddisfa i criteri per il disturbo da stress acuto (oppure per un altro specifico disturbo mentale) e quando il pattern di sintomi del disturbo da stress acuto si verifica in risposta a un evento stressante che non soddisfa il Criterio A per l'esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione o violenza sessuale (per es., essere lasciati dal coniuge, essere licenziati). Per esempio, reazioni di stress grave a malattie che mettono a repentaglio la vita che possono includere alcuni sintomi del disturbo da stress acuto possono essere descritte in modo più appropriato come un disturbo dell'adattamento. Alcune forme di risposta di stress acuto non includono i sintomi del disturbo da stress acuto e possono essere caratterizzate da rabbia, depressione o senso di colpa. Queste risposte sono descritte in modo più appropriato essenzialmente come un disturbo dell'adattamento. Risposte depressive o di rabbia in un disturbo dell'adattamento possono comportare la ruminazione circa l'evento traumatico, a differenza dei ricordi spiacevoli intrusivi e involontari nel disturbo da stress acuto.

Disturbo di panico. Gli attacchi di panico spontanei sono molto comuni nel disturbo da stress acuto. Tuttavia, il disturbo di panico è diagnosticato solo se gli attacchi di panico sono inaspettati ed è presente ansia rispetto a futuri attacchi oppure cambiamenti disadattivi del comportamento associati alla paura delle conseguenze disastrose degli attacchi.

Disturbi dissociativi. Gravi risposte dissociative (in assenza di sintomi caratteristici del disturbo da stress acuto) possono essere diagnosticate come disturbo di derealizzazione/depersonalizzazione. Se persiste una grave amnesia del trauma in assenza di sintomi caratteristici del disturbo da stress acuto, è possibile porre la diagnosi di amnesia dissociativa.

Disturbo da stress post-traumatico. Il disturbo da stress acuto è distinto dal DSPT perché il pattern di sintomi nel disturbo da stress acuto deve verificarsi entro 1 mese dall'evento traumatico e risolversi entro quello stesso periodo di 1 mese. Se i sintomi persistono per più di 1 mese e soddisfano i criteri per il DSPT, la diagnosi viene modificata da disturbo da stress acuto a DSPT.

Disturbo ossessivo-compulsivo. Nel disturbo ossessivo-compulsivo vi sono ricorrenti pensieri intrusivi, ma questi soddisfano la definizione di ossessione. Inoltre, i pensieri intrusivi non sono collegati con un evento traumatico vissuto, sono generalmente presenti compulsioni, mentre altri sintomi del disturbo da stress acuto sono tipicamente assenti.

Disturbi psicotici. I flashback nel disturbo da stress acuto devono essere distinti da illusioni, allucinazioni e altre alterazioni percettive che possono verificarsi nella schizofrenia, in altri disturbi psicotici, nei disturbi depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche, in un delirium, nei disturbi indotti da sostanze o farmaci e nei disturbi psicotici dovuti a un'altra condizione medica. I flashback del disturbo da stress acuto sono distinti da queste altre alterazioni percettive perché sono collegati direttamente con l'esperienza traumatica e si verificano in assenza di altre caratteristiche psicotiche o indotte da sostanze.

Danno cerebrale da trauma. Quando un danno cerebrale avviene nel contesto di un evento traumatico (per es., incidente traumatico, scoppio di una bomba, trauma da accelerazione-decelerazione), possono apparire i sintomi di un disturbo da stress acuto. Un evento che causa un trauma cranico può costituire anche un evento traumatico psicologico, e i sintomi neurocognitivi correlati con il danno cerebrale da trauma (DCT) non sono reciprocamente esclusivi e possono verificarsi in concomitanza. I sintomi precedentemente chiamati *postconcussivi* (per es., mal di testa, vertigini, sensibilità a luce o rumore, irritabilità, difficoltà di concentrazione) possono verificarsi in popolazioni di individui con o senza danno cerebrale, compresi individui con disturbo da stress acuto. Poiché i sintomi del disturbo da stress acuto e i sintomi neurocognitivi correlati con il DCT possono sovrapporsi, è possibile porre una diagnosi differenziale tra disturbo da stress acuto e sintomi di un disturbo neurocognitivo attribuibili a un DCT, sulla base della presenza di sintomi che sono distintivi di ciascuna manifestazione. Mentre il rivivere l'evento traumatico e l'evitamento sono caratteristici del disturbo da stress acuto e non sono effetti del DCT, il disorientamento e la confusione persistenti sono specifici più del DCT (effetti neurocognitivi) che del disturbo da stress acuto. Inoltre, la differenziazione è aiutata dal fatto che i sintomi del disturbo da stress acuto persistono solo fino a 1 mese dall'esposizione al trauma.

Disturbi dell'adattamento

Criteri diagnostici

A. Lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta a uno o più eventi stressanti identificabili che si manifesta entro 3 mesi dell'insorgenza dell'evento/i stressante/i.

B. Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi, come evidenziato da uno o da entrambi i seguenti criteri:

1. Marcata sofferenza che sia sproporzionata rispetto alla gravità o intensità dell'evento stressante, tenendo conto del contesto esterno e dei fattori culturali che possono influenzare la gravità e la manifestazione dei sintomi.
2. Compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree.

C. Il disturbo correlato con lo stress non soddisfa i criteri per un altro disturbo mentale e non rappresenta solo un aggravamento di un disturbo mentale preesistente.

D. I sintomi non corrispondono a un lutto normale.

E. Una volta che l'evento stressante o le sue conseguenze sono superati, i sintomi non persistono per più di altri 6 mesi.

Specificare se:

Acuto: Se il disturbo dura meno di 6 mesi.

Persistente (cronico): Se il disturbo dura 6 mesi o più.

Specificare quale:

309.0 (F43.21) Con umore depresso: Umore basso, facilità al pianto o disperazione sono predominanti.

309.24 (F43.22) Con ansia: Nervosismo, inquietudine, agitazione o ansia di separazione sono predominanti.

309.28 (F43.23) Con ansia e umore depresso misti: Una combinazione di depressione e di ansia è predominante.

309.3 (F43.24) Con alterazione della condotta: Un'alterazione della condotta è predominante.

309.4 (F43.25) Con alterazione mista dell'emotività e della condotta: Sia sintomi emotivi (per es., depressione, ansia) sia un'alterazione della condotta sono predominanti.

309.9 (F43.20) Non specificati: Per le reazioni disadattive che non sono classificabili come uno dei sottotipi specifici di un disturbo dell'adattamento.

Caratteristiche diagnostiche

La presenza di sintomi emotivi o comportamentali in risposta a un evento stressante identificabile è la caratteristica fondamentale dei disturbi dell'adattamento (Criterio A). L'evento stressante può essere un evento singolo (per es., la fine di una relazione sentimentale), oppure possono esservi eventi stressanti multipli (per es., marcate difficoltà economiche e problemi coniugali). Gli eventi stressanti possono essere ricorrenti (per es., associati a crisi economiche stagionali, relazioni sessuali insoddisfacenti) oppure continui (per es., una malattia fisica con dolore persistente e aumento di disabilità, vivere in un quartiere con alto tasso di criminalità). Gli eventi stressanti possono interessare un singolo individuo, un'intera famiglia, un gruppo o una comunità più ampia (per es., un disastro naturale). Alcuni eventi stressanti possono accompagnare specifici eventi evolutivi (per es., andare a scuola, andare via di casa, tornare a vivere con i genitori, sposarsi, diventare genitori, non riuscire a raggiungere obiettivi professionali, pensionamento).

I disturbi dell'adattamento possono essere diagnosticati in seguito alla morte di una persona cara quando l'intensità, la qualità o la persistenza delle reazioni di dolore eccedono quelle che possono essere normalmente attese, una volta prese in considerazione le norme culturali, religiose o adeguate all'età. Un set più specifico di sintomi correlati con il lutto è stato definito *disturbo da lutto complicato persistente*.

I disturbi dell'adattamento sono associati a un aumentato rischio di tentativi di suicidio e a suicidio attuato.

Prevalenza

I disturbi dell'adattamento sono comuni, sebbene la prevalenza possa variare ampiamente in funzione della popolazione studiata e dei metodi di valutazione utilizzati. La percentuale di individui sottoposti a un trattamento ambulatoriale con una diagnosi principale di disturbo dell'adattamento varia da circa 5 a 20%. In strutture ospedaliere di consultazione psichiatrica, esso è spesso la diagnosi più comune, raggiungendo frequentemente il 50%.

Sviluppo e decorso

Per definizione, un disturbo dell'adattamento inizia entro 3 mesi dall'insorgenza di un evento stressante e non dura più di 6 mesi dopo la cessazione dell'evento stressante o delle sue conseguenze. Se l'evento stressante è un evento acuto (per es., il licenziamen-

to dal lavoro), l'insorgenza del disturbo è di solito immediata (cioè entro pochi giorni) e la durata è relativamente breve (cioè non più di qualche mese). Se l'evento stressante o le sue conseguenze persistono, anche il disturbo dell'adattamento può continuare a essere presente e diventare la forma persistente.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Gli individui che hanno condizioni di vita svantaggiate sperimentano un alto tasso di eventi stressanti e possono essere ad alto rischio per i disturbi dell'adattamento.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il contesto dell'ambiente culturale dell'individuo andrebbe preso in considerazione per valutare clinicamente se la risposta all'evento stressante sia disadattiva oppure se la sofferenza associata sia eccessiva rispetto a quanto atteso. La natura, il significato e l'esperienza degli eventi stressanti e la valutazione della risposta agli eventi stressanti possono variare da una cultura all'altra.

Conseguenze funzionali dei disturbi dell'adattamento

La sofferenza soggettiva o la compromissione del funzionamento associate ai disturbi dell'adattamento si manifestano spesso con ridotte prestazioni lavorative o scolastiche e cambiamenti temporanei nelle relazioni sociali. Un disturbo dell'adattamento può complicare il decorso di una malattia in individui affetti da una condizione medica generale (per es., diminuita compliance del regime terapeutico raccomandato; prolungamento della degenza ospedaliera).

Diagnosi differenziale

Disturbo depressivo maggiore. Se un individuo mostra sintomi che soddisfano i criteri per un disturbo depressivo maggiore in risposta a un evento stressante, la diagnosi di un disturbo dell'adattamento non è applicabile. Il profilo sintomatologico del disturbo depressivo maggiore lo differenzia dai disturbi dell'adattamento.

Disturbo da stress post-traumatico e disturbo da stress acuto. Nei disturbi dell'adattamento, l'evento stressante può essere di qualsiasi gravità piuttosto che della gravità e del tipo richiesto dal Criterio A del disturbo da stress acuto e del disturbo da stress post-traumatico (DSPT). Nel distinguere i disturbi dell'adattamento da queste due diagnosi post-traumatiche, vi sono considerazioni sia di natura temporale sia di profilo sintomatologico. I disturbi dell'adattamento possono essere diagnosticati immediatamente e persistere fino a 6 mesi dall'esposizione all'evento traumatico, mentre il disturbo da stress acuto può verificarsi solo tra 3 giorni e 1 mese dall'esposizione all'evento stressante e il DSPT non può essere diagnosticato finché non sia passato almeno 1 mese dal verificarsi dell'evento stressante traumatico. Il profilo sintomatologico richiesto dal DSPT e dal disturbo da stress acuto differenzia entrambi dai disturbi dell'adattamento. Riguardo ai profili sintomatologici, un disturbo dell'adattamento può essere diagnosticato in seguito a un evento traumatico quando un individuo mostra sintomi del disturbo da stress acuto o del DSPT che non soddisfano o superano la soglia diagnostica per uno dei due disturbi. Un disturbo dell'adattamento dovrebbe essere diagnosticato anche in individui che non sono stati esposti a un evento traumatico ma che altrimenti mostrano il completo profilo sintomatologico di un disturbo da stress acuto o di DSPT.

Disturbi di personalità. Riguardo ai disturbi di personalità, alcune caratteristiche di personalità possono essere associate a vulnerabilità a un malessere situazionale che può assomigliare a un disturbo dell'adattamento. La storia del funzionamento della personalità nel corso della vita aiuterà a informare l'interpretazione dei comportamenti che causano disagio per facilitare la distinzione tra un disturbo di personalità di lunga durata e un disturbo dell'adattamento. In aggiunta ad alcuni disturbi di personalità che incorrono nella vulnerabilità al malessere, gli eventi stressanti possono esacerbare i sintomi di un disturbo di personalità. In presenza di un disturbo di personalità, se sono soddisfatti i criteri per un disturbo dell'adattamento e le alterazioni correlate con lo stress eccedono ciò che sarebbe attribuibile a sintomi disadattivi di un disturbo di personalità (cioè è soddisfatto il Criterio C), allora dovrebbe essere posta una diagnosi di un disturbo dell'adattamento.

Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche. Nei fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche, specifiche entità psicologiche (per es., sintomi psicologici, comportamenti, altri fattori) aggravano una condizione medica. Questi fattori psicologici possono precipitare, esacerbare o mettere un individuo a rischio di una malattia medica, oppure possono peggiorare una condizione esistente. Al contrario, un disturbo dell'adattamento è una reazione all'evento stressante (per es., avere una malattia medica).

Normali reazioni allo stress. Quando accadono cose spiacevoli, la maggior parte delle persone è turbata. Questo non è un disturbo dell'adattamento. La diagnosi dovrebbe essere posta soltanto se la dimensione della sofferenza (per es., alterazioni dell'umore, ansia, condotta) eccede ciò che ci si aspetterebbe normalmente (che può variare nelle differenti culture) o quando l'evento avverso causa una compromissione funzionale.

Comorbilità

I disturbi dell'adattamento possono accompagnare la maggior parte dei disturbi mentali e qualsiasi disturbo medico. I disturbi dell'adattamento possono essere diagnosticati in aggiunta a un altro disturbo mentale solo se quest'ultimo non spiega i particolari sintomi che si verificano nella reazione all'evento stressante. Per esempio, un individuo può sviluppare un disturbo dell'adattamento, con umore depresso, dopo aver perso il lavoro e allo stesso tempo avere una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo. Oppure, un individuo può avere un disturbo depressivo o bipolare e un disturbo dell'adattamento finché sono soddisfatti i criteri per entrambi. I disturbi dell'adattamento sono frequentemente in comorbilità con malattie mediche e possono rappresentare la principale risposta psicologica a un disturbo medico.

Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione 309.89 (F43.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti. La categoria "disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione" è

utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti. Questo viene fatto registrando "disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "disturbo da lutto complicato persistente").

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" includono i seguenti:

1. **Disturbi simili a quelli di adattamento con esordio ritardato dei sintomi che si verificano dopo più di 3 mesi dall'evento stressante.**
2. **Disturbi simili a quelli di adattamento con durata prolungata a più di 6 mesi senza la durata prolungata dell'evento stressante.**
3. ***Ataque de nervios*:** Si veda "Glossario dei concetti culturali di sofferenza" nell'Appendice.
4. **Altre sindromi culturali:** Si veda "Glossario dei concetti culturali di sofferenza" nell'Appendice.
5. **Disturbo da lutto complesso persistente:** Questo disturbo è caratterizzato da gravi e persistenti reazioni di dolore e lutto (si veda il capitolo "Condizioni che necessitano di ulteriori studi").

Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti senza specificazione 309.9 (F43.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti. La categoria "disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti senza specificazione" è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Disturbi dissociativi

I disturbi dissociativi sono caratterizzati dalla sconnessione e/o dalla discontinuità della normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento. I sintomi dissociativi possono potenzialmente colpire ogni area del funzionamento psicologico. Questo capitolo include il disturbo dissociativo dell'identità, l'amnesia dissociativa, il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, il disturbo dissociativo con altra specificazione e il disturbo dissociativo senza specificazione.

I sintomi dissociativi sono vissuti come a) intrusioni non volute nella coscienza e nel comportamento, unite a perdite della continuità dell'esperienza soggettiva (per es., sintomi dissociativi "positivi" quali frammentazione dell'identità, depersonalizzazione e derealizzazione) e/o b) incapacità di accedere a informazioni o di controllare funzioni mentali che in genere sono facilmente accessibili o controllabili (per es., sintomi dissociativi "negativi" quali l'amnesia).

I disturbi dissociativi si riscontrano frequentemente nel periodo successivo a un trauma, e molti dei sintomi, tra cui l'imbarazzo e la confusione riguardo i sintomi o il desiderio di nasconderli, sono influenzati dalla prossimità temporale del trauma. Nel DSM-5, i disturbi dissociativi sono trattati subito dopo i disturbi correlati a traumi e a eventi stressanti, benché non siano inclusi in essi, scelta che riflette la stretta relazione esistente tra queste classi diagnostiche. Sia il disturbo da stress acuto sia il disturbo da stress post-traumatico presentano sintomi dissociativi quali amnesia, flashback, ottundimento e depersonalizzazione/derealizzazione.

Il *disturbo dissociativo dell'identità* è caratterizzato da a) la presenza di due o più stati di personalità distinti o di un'esperienza di possessione e b) episodi ricorrenti di amnesia. La frammentazione dell'identità può variare a seconda della cultura di appartenenza (per es., le manifestazioni in forma di possessione) e le circostanze. Di conseguenza, gli individui possono fare esperienza di discontinuità dell'identità e della memoria che possono non essere immediatamente evidenti agli altri o che sono messe in ombra dai tentativi di nascondere la disfunzione. Gli individui con disturbo dissociativo dell'identità fanno esperienza di a) intrusioni ricorrenti e inspiegabili nel loro funzionamento cosciente e nella propria identità (per es., voci; azioni e discorsi dissociati; pensieri, emozioni e impulsi intrusivi), b) alterazioni del senso di sé (per es., attitudini, preferenze e sensazione di estraneità nei confronti del proprio corpo e delle proprie azioni), c) bizzarri cambiamenti della percezione (per es., depersonalizzazione o derealizzazione, come sentirsi distaccati dal proprio corpo mentre ci si taglia) e

d) sintomi neurologici funzionali intermittenti. Lo stress spesso produce un aggravarsi transitorio dei sintomi dissociativi che li rende più evidenti.

L'*amnesia dissociativa* è caratterizzata da incapacità di ricordare informazioni autobiografiche. Tale amnesia può essere circoscritta (per es., un evento o un periodo di tempo), selettiva (per es., l'aspetto specifico di un evento) o generalizzata (per es., identità e storia personale). L'amnesia dissociativa è fondamentalmente un'incapacità di ricordare informazioni autobiografiche non riconducibile a normale dimenticanza. Può comportare o non comportare un viaggio intenzionale o un vagare disorientato (per es., fuga). Sebbene alcuni individui con amnesia si accorgano immediatamente di avere vuoti di memoria, la maggior parte degli individui con disturbi dissociativi inizialmente non si rende conto dell'amnesia. Per questi individui la consapevolezza dell'amnesia si ha solo quando viene perduta l'identità personale o quando le circostanze li rendono consapevoli che è stata smarrita un'informazione autobiografica (per es., quando gli individui scoprono evidenze di eventi che non ricordano o quando altri parlano loro o chiedono di eventi che essi non riescono a ricordare). Finché e a meno che ciò non accada, tali individui hanno un'"amnesia della loro amnesia". L'amnesia viene vissuta come una caratteristica essenziale dell'amnesia dissociativa; gli individui possono provare più spesso un'amnesia circoscritta o selettiva, o raramente un'amnesia generalizzata. La fuga dissociativa è rara in persone con amnesia dissociativa ma comune nel disturbo dissociativo dell'identità.

Il *disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione* è caratterizzato da persistente o ricorrente depersonalizzazione (per es., esperienze di irrealtà o distacco dalla propria mente, da se stessi o dal proprio corpo) clinicamente significativa e/o da derealizzazione (per es., esperienze di irrealtà o di distacco dall'ambiente circostante). Tali alterazioni dell'esperienza sono accompagnate da un esame di realtà integro. Non vi sono evidenze di alcuna distinzione tra individui con sintomi predominanti di depersonalizzazione e individui con sintomi predominanti di derealizzazione. Pertanto, individui con questo disturbo possono presentare depersonalizzazione, derealizzazione o entrambe.

La categoria residuale di *disturbo dissociativo con altra specificazione* ha sette esempi: sintomi dissociativi misti cronici o ricorrenti che si avvicinano, senza raggiungerli, ai criteri diagnostici per il disturbo dissociativo dell'identità; stati dissociativi secondari a lavaggio del cervello o rieducazione; due manifestazioni acute, della durata di meno di un mese, di sintomi dissociativi misti, una delle quali è anche caratterizzata dalla presenza di sintomi psicotici; e tre manifestazioni dissociative monosintomatiche: trance dissociativa, stupor dissociativo o coma e sindrome di Ganser (dare risposte vage e approssimative).

Disturbo dissociativo dell'identità 300.14 (F44.81)

Criteri diagnostici

A. Disgregazione dell'identità caratterizzata da due o più stati di personalità distinti, che in alcune culture può essere descritta come un'esperienza di possessione. La disgregazione dell'identità comprende una marcata discontinuità del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni, accompagnata da correlate alterazioni dell'affettività, del comportamento, della coscienza, della memoria, della percezione, della cognitività e/o del funzionamento senso-motorio. Tali segni e sintomi possono essere osservati da altre persone o riferiti dall'individuo.

B. Ricorrenti vuoti nella rievocazione di eventi quotidiani, di importanti informazioni personali e/o di eventi traumatici non riconducibili a normale dimenticanza.

C. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. Il disturbo non è una parte normale di una pratica culturale o religiosa largamente accettata.

Nota: Nei bambini, i sintomi non sono meglio spiegati dalla presenza di un compagno immaginario o da altri giochi di fantasia.

E. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., blackout o comportamento caotico durante l'intossicazione da alcol) o a un'altra condizione medica (per es., crisi epilettiche parziali complesse).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica che definisce il disturbo dissociativo dell'identità è la presenza di due o più stati di personalità distinti o di un'esperienza di possessione (Criterio A). Il fatto che tali stati di personalità siano manifesti o nascosti, tuttavia, varia in funzione della motivazione psicologica, dell'attuale grado di stress, della cultura, di conflitti e dinamiche interni e della resilienza emotiva. Periodi prolungati di disgregazione dell'identità possono verificarsi quando le pressioni psicosociali sono gravi e/o protratte nel tempo. In molti casi di disturbo dissociativo dell'identità nella forma dell'esperienza di possessione, e in un ridotto numero di casi senza esperienza di possessione, le manifestazioni delle identità alternative sono molto visibili. La maggior parte degli individui con disturbo dissociativo dell'identità senza esperienza di possessione non mostra apertamente la discontinuità dell'identità per lunghi periodi di tempo; solo una piccola minoranza si presenta all'osservazione clinica con un'alternanza di identità osservabile. Quando gli stati di personalità alternativi non sono osservabili direttamente, il disturbo può essere identificato da due cluster di sintomi: 1) improvvise alterazioni o discontinuità del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni (Criterio A) e 2) amnesie dissociative ricorrenti (Criterio B).

I sintomi del Criterio A sono correlati a discontinuità di esperienza che può influenzare qualunque aspetto del funzionamento di un individuo. Individui con disturbo dissociativo dell'identità possono riferire la sensazione di essere diventati improvvisamente osservatori depersonalizzati dei propri discorsi e delle proprie azioni, che possono sentirsi incapaci di interrompere (senso di sé). Tali individui possono anche riferire la percezione di voci (per es., la voce di un bambino; pianti; la voce di un'entità spirituale). In alcuni casi, le voci sono vissute come molteplici, misteriosi flussi di pensiero indipendenti sui quali l'individuo non ha controllo. Emozioni forti, impulsi e anche discorsi o altre azioni possono manifestarsi repentinamente senza un senso di appartenenza personale o di controllo (consapevolezza delle proprie azioni). Queste emozioni e questi impulsi sono frequentemente definiti come egodistonici e sconcertanti. Atteggiamenti, prospettive e preferenze personali (per es., riguardo al cibo, alle attività o all'abbigliamento) possono cambiare repentinamente e poi tornare nuovamente quelli di prima. Gli individui possono riferire di percepire il proprio corpo come diverso (per es., come quello di un bambino piccolo, di una persona del sesso opposto, grosso e muscoloso). Alterazioni del senso di sé e perdita della consapevolezza delle proprie azioni possono essere accompagnate da un sentimento che questi atteggiamenti, emozioni e comportamenti – anche il proprio corpo – "non sono miei" e/o "non sono sotto il mio controllo". Anche se la maggior parte dei sintomi del Criterio A sono soggettivi, molte di queste improvvise discontinuità dell'eloquio, dell'affettività e del comportamento

possono essere testimoniate da familiari, amici o dal medico. Convulsioni non epilettiche e altri sintomi di conversione sono rilevanti in alcune manifestazioni del disturbo dissociativo dell'identità, specialmente in alcuni contesti non occidentali.

L'amnesia dissociativa degli individui con disturbo dissociativo dell'identità si manifesta in tre modi principali: 1) vuoti nella memoria remota inerenti eventi di vita personale (per es., infanzia o adolescenza; eventi di vita importanti quali la morte di un nonno, il matrimonio, la nascita di un figlio); 2) errori nella memoria relativa a procedure acquisite (per es., capacità consolidate come svolgere il proprio lavoro, usare il computer, leggere, guidare); e 3) scoperta di evidenze di azioni e compiti quotidiani che non si ricorda di aver compiuto (per es., trovare inspiegabilmente oggetti nella borsa o tra le proprie cose; trovare testi o disegni misteriosi che devono essere stati realizzati dall'individuo; scoprire ferite; "riemergere" mentre si sta facendo qualcosa). Sono comuni le fughe dissociative, in cui l'individuo si accorge di spostamenti dissociati. Di conseguenza, individui con disturbo dissociativo dell'identità possono riferire di essersi improvvisamente ritrovati in spiaggia, al lavoro, in un locale notturno o in qualche parte della casa (per es., nello sgabuzzino, sul letto, sul divano, in un angolo) senza ricordarsi di come vi sono arrivati. L'amnesia in individui con disturbo dissociativo dell'identità non è limitata a eventi stressanti o traumatici; questi individui spesso non riescono a ricordare neanche eventi di vita quotidiana.

Individui con disturbo dissociativo dell'identità differiscono per quanto riguarda la consapevolezza e l'atteggiamento verso le amnesie. È comune per questi individui minimizzare i sintomi amnesici. Alcuni dei comportamenti amnesici possono essere evidenti agli altri, come quando non ricordano qualcosa che hanno fatto o detto in presenza di altri, quando non riescono a ricordare il proprio nome, o quando non riconoscono il coniuge, i figli o gli amici stretti.

Le identità con esperienza di possessione nel disturbo dissociativo dell'identità si manifestano tipicamente come comportamenti nei quali sembra che uno "spirito", un essere soprannaturale o un'altra persona esterna abbia preso il controllo, così che l'individuo comincia a parlare o ad agire in un modo distintamente diverso dal solito. Per esempio, un individuo può comportarsi come se la sua identità fosse stata sostituita da quella del "fantasma" di una ragazza che si era suicidata anni prima nella stessa comunità, parlando e agendo come se lei fosse ancora viva. Oppure un individuo può essere "sopraffatto" da un demone o da una divinità, il che provoca grave compromissione ed esige che l'individuo o un suo parente sia punito per un atto passato, seguito da periodi di alterazioni dell'identità più subdoli. Tuttavia, la maggior parte degli stati di possessione sono normali, solitamente parte di pratiche spirituali, e non soddisfano i criteri del disturbo dissociativo dell'identità. Le identità che emergono durante le manifestazioni in forma di possessione nel disturbo dissociativo dell'identità si presentano ricorrentemente, sono non volute e involontarie, causano disagio o compromissione clinicamente significativi (Criterio C) e non sono parte normale di pratiche culturali o religiose largamente accettate (Criterio D).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo dissociativo dell'identità manifestano tipicamente in comorbilità depressione, ansia, abuso di sostanze, autolesionismo, convulsioni non epilettiche o altri sintomi comuni. Essi spesso nascondono, o non ne sono pienamente consapevoli, le sconnessioni della coscienza, l'amnesia o altri sintomi dissociativi. Molti individui con disturbo dissociativo dell'identità riferiscono flashback dissociativi durante i

quali rivivono le sensazioni di un evento precedente come se stesse avvenendo in quel momento, spesso con un cambiamento di identità, una parziale o completa perdita di contatto con la realtà o disorientamento durante il flashback, e una successiva amnesia per il contenuto del flashback. Gli individui con il disturbo tipicamente riferiscono di aver subito diversi tipi di maltrattamento interpersonale durante l'infanzia e l'età adulta. Possono anche essere riferiti precoci e opprimenti eventi di vita non collegati a maltrattamenti, come molteplici procedure mediche lunghe e dolorose nell'infanzia. Sono frequenti automutilazioni e comportamenti suicidari. Basandosi su misure standardizzate, questi individui riferiscono più alti livelli di ipnotizzabilità e tendenza alla dissociazione in confronto ad altri gruppi clinici e a individui sani di controllo. Alcuni individui vivono fenomeni o episodi psicotici transitori. Nella fisiopatologia del disturbo dissociativo dell'identità sono state coinvolte diverse aree cerebrali, tra cui la corteccia orbitofrontale, l'ippocampo, il giro paraippocampale e l'amigdala.

Prevalenza

La prevalenza a 12 mesi del disturbo dissociativo dell'identità tra gli adulti in un piccolo studio di comunità negli USA era dell'1,5%. La prevalenza di genere in tale studio era dell'1,6% per i maschi e dell'1,4% per le femmine.

Sviluppo e decorso

Il disturbo dissociativo dell'identità è associato a esperienze opprimenti, eventi traumatici e/o abusi nell'infanzia. Il disturbo può manifestarsi la prima volta quasi a ogni età (dalla prima infanzia all'età avanzata). La dissociazione nei bambini può generare problemi con la memoria, la concentrazione, l'attaccamento e il gioco traumatico. Tuttavia, i bambini solitamente non manifestano cambiamenti di identità; piuttosto essi manifestano principalmente sovrapposizione e interferenza tra stati mentali (fenomeni del Criterio A), con sintomi correlati alle discontinuità di esperienza. Cambiamenti improvvisi nell'identità durante l'adolescenza possono sembrare semplici alterazioni adolescenziali o lo stadio precoce di un altro disturbo mentale. Individui più anziani possono richiedere un trattamento per condizioni che sembrano l'esordio tardivo di disturbi dell'umore, disturbo ossessivo-compulsivo, paranoia, disturbi psicotici dell'umore o anche disturbi cognitivi dovuti ad amnesia dissociativa. In alcuni casi, affetti e ricordi sconvolgenti possono essere sempre più intrusivi nella coscienza con l'avanzare dell'età.

Scompenso psicologico ed evidenti cambiamenti di identità possono essere scatenati da 1) allontanamento dalla situazione traumatica (per es., andandosene da casa); 2) i figli dell'individuo raggiungono la stessa età in cui l'individuo aveva vissuto l'abuso o il trauma; 3) esperienze traumatiche successive, anche apparentemente non collegate, come un incidente stradale non grave; o 4) la morte di, o l'esordio di una malattia fatale in, coloro che hanno abusato dell'individuo.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. L'abuso interpersonale fisico e sessuale è associato a un maggior rischio di disturbo dissociativo dell'identità. Negli Stati Uniti, in Canada e in Europa la prevalenza di abuso e trascuratezza nell'infanzia tra le persone con questo disturbo è di circa il 90%. Sono state riportate altre forme di esperienze traumatizzanti, tra cui procedure mediche e chirurgiche nell'infanzia, guerra, prostituzione minorile e terrorismo.

Modificatori del decorso. Abusi continuativi, nuovi traumi nel corso della vita, comorbilità con disturbi mentali, malattie mediche gravi e ritardo nel trattamento appropriato sono fattori associati a prognosi peggiore.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Molte caratteristiche del disturbo dissociativo dell'identità possono essere influenzate dal background culturale dell'individuo. Individui con questo disturbo possono presentarsi con importanti sintomi neurologici inspiegabili dal punto di vista medico, come convulsioni non epilettiche, paralisi o deficit sensoriali, in contesti culturali in cui questi sintomi sono comuni. Analogamente, nei contesti in cui la possessione è diffusa (per es., aree rurali dei paesi in via di sviluppo, in alcuni gruppi religiosi negli USA e in Europa), le identità frammentate possono assumere la forma di spiriti possessori, divinità, demoni, animali o figure mitologiche. Acculturazione o contatti interculturali prolungati possono dare forma alle caratteristiche delle altre identità (per es., in India possono parlare esclusivamente inglese e indossare abiti occidentali). Il disturbo dissociativo dell'identità con esperienza di possessione può essere distinto dagli stati di possessione culturalmente accettati in quanto il primo è involontario, stressante, incontrollabile e spesso ricorrente o persistente; implica un conflitto tra l'individuo e il suo contesto familiare, sociale o lavorativo; e si manifesta in momenti e luoghi che violano le norme della cultura o della religione.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le femmine con disturbo dissociativo dell'identità sono predominanti nei contesti clinici per adulti ma non in quelli per l'infanzia. I maschi adulti con disturbo dissociativo dell'identità possono negare i loro sintomi e il passato traumatico, e questo può portare ad alti tassi di diagnosi false negative. Le femmine con disturbo dissociativo dell'identità manifestano più frequentemente stati dissociativi acuti (per es., flashback, amnesie, fughe, sintomi neurologici funzionali [di conversione], allucinazioni, automutilazioni). I maschi esibiscono in genere maggiori comportamenti criminali o violenti rispetto alle femmine; tra i maschi, fattori scatenanti comuni di stati dissociativi acuti includono combattimento, condizioni di prigionia e aggressioni fisiche o sessuali.

Rischio di suicidio

Oltre il 70% dei pazienti ambulatoriali con disturbo dissociativo dell'identità ha tentato il suicidio; sono comuni tentativi molteplici ed è frequente il comportamento autolesionistico. La valutazione del rischio suicidario può essere complessa quando vi è amnesia per i comportamenti suicidari passati o quando l'identità del momento non prova desiderio di suicidarsi e non è al corrente del fatto che altre identità dissociate provino tale desiderio.

Conseguenze funzionali del disturbo dissociativo dell'identità

Il grado di compromissione varia ampiamente, da apparentemente minimo (per es., nei professionisti ad alto funzionamento) a profondo. A prescindere dal livello di disabilità, gli individui con disturbo dissociativo dell'identità in genere minimizzano l'impatto dei loro sintomi dissociativi e post-traumatici. I sintomi degli individui a più alto funzionamento possono comprometterne le funzioni relazionali, coniugali, familiari e genitoriali più che la vita occupazionale e professionale (sebbene anche quest'ultima possa essere influenzata negativamente). Con un trattamento appropriato, molti individui con tali compromissioni mostrano un netto miglioramento del funzionamento lavorativo e personale. Tuttavia, alcuni rimangono altamente compromessi nella maggior parte delle attività della vita. Questi individui possono rispondere al trattamento molto lentamente, con graduale riduzione o aumentata tolleranza verso i propri sintomi dissociativi e post-traumatici. Un trattamento di supporto a lungo termine può gradualmente aumentare la capacità di questi individui di gestire i sintomi e diminuire l'utilizzo di livelli di cura più rigidi.

Diagnosi differenziale

Disturbo dissociativo con altra specificazione. Il nucleo del disturbo dissociativo dell'identità è la divisione dell'identità, con ricorrente sconnessione del funzionamento cosciente e del senso di sé. Questa caratteristica centrale è condivisa con una forma di disturbo dissociativo con altra specificazione, che può essere distinta dal disturbo dissociativo dell'identità per la presenza di sintomi dissociativi misti cronici o ricorrenti che non soddisfano il Criterio A del disturbo dissociativo dell'identità o non sono accompagnati da amnesia ricorrente.

Disturbo depressivo maggiore. Individui con disturbo dissociativo dell'identità sono spesso depressi e i loro sintomi sembrano soddisfare i criteri per un episodio depressivo maggiore. Una valutazione rigorosa indica che tale depressione in alcuni casi non soddisfa pienamente i criteri del disturbo depressivo maggiore. Il disturbo depressivo con altra specificazione in individui con disturbo dissociativo dell'identità spesso ha un'importante caratteristica: l'umore depresso e i pensieri negativi *oscillano* in quanto vengono vissuti in alcuni stati di identità ma non in altri.

Disturbi bipolari. Individui con disturbo dissociativo dell'identità sono spesso erroneamente diagnosticati come affetti da disturbo bipolare, più spesso disturbo bipolare II. I cambiamenti di umore relativamente rapidi negli individui con questo disturbo – tipicamente nel giro di minuti o ore, al contrario dei cambiamenti di umore più lenti tipicamente osservati negli individui con disturbi bipolari – sono dovuti ai rapidi cambiamenti di umore soggettivi comunemente riportati tra gli stati dissociativi, talvolta accompagnati da oscillazione dei livelli di attivazione. Inoltre, nel disturbo dissociativo dell'identità, umore elevato o depresso possono essere mostrati in relazione alle identità più visibili, sicché uno o l'altro degli stati affettivi possono predominare per un periodo di tempo relativamente lungo (spesso per giorni) o virare nel giro di pochi minuti.

Disturbo da stress post-traumatico. Alcuni individui traumatizzati presentano sia il disturbo da stress post-traumatico (DSPT) sia il disturbo dissociativo dell'identità. Di conseguenza, è cruciale distinguere gli individui con soltanto DSPT da quelli che hanno sia il DSPT sia il disturbo dissociativo dell'identità. Tale diagnosi differenziale richiede che il medico stabilisca la presenza o l'assenza di sintomi dissociativi che non sono caratteristici del disturbo da stress acuto o del DSPT. Alcuni individui con DSPT manifestano sintomi dissociativi presenti anche nel disturbo dissociativo dell'identità: 1) amnesia per alcuni aspetti del trauma, 2) flashback dissociativi (per es., rivivere il trauma, con ridotta consapevolezza del proprio orientamento attuale) e 3) sintomi di intrusione ed evitamento, alterazioni negative del pensiero e dell'umore, e iperarousal focalizzati sull'evento traumatico. D'altra parte, individui con disturbo dissociativo dell'identità manifestano sintomi dissociativi che non sono manifestazioni del DSPT:

1) amnesie per molti eventi della vita quotidiana (non traumatici), 2) flashback dissociativi che possono essere seguiti da amnesia per il contenuto del flashback, 3) intrusioni sconvolgenti (non legate all'evento traumatico) da parte di stati di identità dissociati nel senso del sé e nella consapevolezza delle azioni dell'individuo e 4) infrequenti cambiamenti conclamati tra diversi stati di identità.

Disturbi psicotici. Il disturbo dissociativo dell'identità può essere confuso con la schizofrenia o con altri disturbi psicotici. Le voci interne personificate del disturbo dissociativo dell'identità che comunicano interiormente, specialmente di un bambino (per es., "sento una bambina piangere in uno sgabuzzino e un uomo arrabbiato che le urla"), possono essere confuse con allucinazioni psicotiche. Esperienze dissociative di frammentazione dell'identità o di possessione, e di percepita perdita di controllo sui propri pensieri, sensazioni, impulsi e gesti, possono essere confuse con segni di disturbi formali del pensiero, come inserzione o furto del pensiero. Individui con disturbo dissociativo dell'identità possono anche riferire allucinazioni visive, tattili, olfattive, gustative e somatiche, che sono solitamente collegate a fattori post-traumatici e dissociativi quali flashback parziali. Individui con disturbo dissociativo dell'identità vivono questi sintomi come causati da identità alternative, non hanno spiegazioni deliranti per i fenomeni e spesso descrivono i sintomi in maniera personificata (per es., "mi sento come se qualcuno volesse piangere con i miei occhi"). Voci interne persecutorie e sprezzanti nel disturbo dissociativo dell'identità associate a sintomi depressivi possono essere erroneamente diagnosticate come depressione maggiore con caratteristiche psicotiche. Cambiamenti di identità caotici e intrusioni acute che sconvolgono i processi di pensiero possono essere distinti dal disturbo psicotico breve per via della predominanza dei sintomi dissociativi e dell'amnesia per l'episodio, e una valutazione diagnostica dopo la cessazione della crisi può aiutare a confermare la diagnosi.

Disturbi indotti da sostanze/farmaci. Sintomi associati agli effetti fisiologici di una sostanza possono essere distinti dal disturbo dissociativo dell'identità se la sostanza in questione viene giudicata eziologicamente correlata al disturbo.

Disturbi di personalità. Individui con disturbo dissociativo dell'identità spesso presentano identità che sembrano racchiudere una varietà di gravi caratteristiche di disturbi di personalità, suggerendo una diagnosi differenziale rispetto a un disturbo di personalità, soprattutto del tipo borderline. Significativamente, tuttavia, la variabilità longitudinale dello stile di personalità dell'individuo (per via delle contraddizioni tra le identità) differisce dalla disfunzione pervasiva e persistente nella gestione dell'affettività e delle relazioni interpersonali tipica di individui con disturbi di personalità.

Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali). Questo disturbo può essere distinto dal disturbo dissociativo dell'identità per via dell'assenza di una sconnessione dell'identità caratterizzata da due o più stati di personalità distinti o di un'esperienza di possessione. L'amnesia dissociativa nel disturbo di conversione è più limitata e circoscritta (per es., amnesia per una convulsione non epilettica).

Disturbi convulsivi. Individui con disturbo dissociativo dell'identità possono manifestare sintomi simil-convulsivi e comportamenti che assomigliano a crisi epilettiche parziali complesse con foci epilettogeni a livello del lobo temporale. Questi includono déjà vu, jamais vu, depersonalizzazione, derealizzazione, esperienze extracorporee, amnesia, sconnessioni della coscienza, allucinazioni e altri fenomeni intrusivi di sensazioni, affetti e pensieri. Reperti elettroencefalografici nella norma, comprendenti la telemetria, differenziano le convulsioni non epilettiche dai sintomi simil-convulsivi del disturbo dissociativo dell'identità. Inoltre, individui con disturbo dissociativo dell'identità ottengono punteggi di dissociazione molto alti, al contrario degli individui con crisi epilettiche parziali complesse.

Disturbo fittizio e simulazione. Individui che simulano il disturbo dissociativo dell'identità non riferiscono i sottili sintomi di intrusione caratteristici del disturbo; piuttosto tendono a riferire in maniera eccessiva i ben noti sintomi del disturbo, come l'amnesia dissociativa, mentre non riportano sintomi meno noti, come la depressione. Individui che simulano il disturbo dissociativo dell'identità tendono a essere relativamente non turbati dal disturbo o può anche sembrare che siano contenti di "avere" il disturbo. Al contrario, individui con disturbo dissociativo dell'identità autentico tendono a vergognarsi dei propri sintomi, a esserne sopraffatti e a sottovalutarli o a negare la propria condizione. Osservazioni successive, conferme anamnestiche e valutazioni psicometriche e psicologiche intensive possono essere utili per l'inquadramento clinico.

Individui che fingono di essere affetti da disturbo dissociativo dell'identità solitamente creano identità alternative limitate e stereotipate, con amnesie simulate, collegate a eventi da cui si vuole trarre un vantaggio. Per esempio, possono presentare un'identità "completamente buona" e un'identità "completamente cattiva" nella speranza di essere discolpati da un crimine.

Comorbilità

Molti individui con disturbo dissociativo dell'identità manifestano un disturbo in comorbilità. Se non vengono valutati e trattati specificatamente per il disturbo dissociativo, questi individui spesso ricevono trattamenti prolungati solo per la diagnosi in comorbilità, con una ridotta risposta generale al trattamento e conseguenti demoralizzazione e disabilità.

Individui con disturbo dissociativo dell'identità solitamente manifestano un ampio numero di disturbi in comorbilità. In particolare, la maggior parte sviluppa disturbo da stress post-traumatico. Altri disturbi spesso in comorbilità con il disturbo dissociativo dell'identità includono disturbi depressivi, disturbi associati a traumi e a eventi stressanti, disturbi di personalità (soprattutto disturbo evitante di personalità e disturbo borderline di personalità), disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali), disturbo da sintomi somatici, disturbi dell'alimentazione, disturbi correlati a sostanze, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi del sonno. Alterazioni dissociative di identità, memoria e coscienza possono influenzare la presentazione sintomatologica dei disturbi in comorbilità.

Amnesia dissociativa 300.12 (F44.0)

Criteri diagnostici

A. Un'incapacità di ricordare importanti informazioni autobiografiche, di solito di natura traumatica o stressogena, non riconducibile a normale dimenticanza.

Nota: L'amnesia dissociativa consiste molto spesso in un'amnesia circoscritta o selettiva per uno/alcuni specifico/i evento/i; oppure in un'amnesia generalizzata per la propria identità e la propria storia di vita personale.

B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., alcol o altra droga, un farmaco) o a una condizione neurologica o medica di altro tipo (per es., crisi epilettiche parziali complesse, amnesia globale transitoria, postumi di un trauma cranico chiuso/trauma cerebrale, altre condizioni neurologiche).

D. La condizione non è meglio spiegata da disturbo dissociativo dell'identità, disturbo da stress post-traumatico, disturbo da stress acuto, disturbo da sintomi somatici, oppure disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

Nota di codifica: Il codice per l'amnesia dissociativa senza fuga dissociativa è **300.12 (F44.0)**. Il codice per l'amnesia dissociativa con fuga dissociativa è **300.13 (F44.1)**.

Specificare se:

300.13 (F44.1) Con fuga dissociativa: Un viaggio intenzionale o un vagare disorientato associati ad amnesia per la propria identità o per altre importanti informazioni autobiografiche.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica che definisce l'amnesia dissociativa è l'incapacità di ricordare importanti informazioni autobiografiche che 1) dovrebbero essere ben conservate nella memoria e 2) di solito sarebbero facilmente ricordate (Criterio A). L'amnesia dissociativa differisce dalle amnesie permanenti dovute a danno neurobiologico o a tossicità che impediscono la conservazione o il richiamo delle informazioni in memoria per il fatto che è sempre potenzialmente reversibile in quanto i ricordi sono stati conservati con successo.

L'*amnesia circoscritta*, l'incapacità di ricordare eventi di un periodo circoscritto di tempo, è la forma più comune di amnesia dissociativa. L'amnesia circoscritta può essere più ampia dell'amnesia per un singolo evento traumatico (per es., mesi o anni associati ad abuso infantile o a combattimento violento). Nell'*amnesia selettiva*, l'individuo può ricordare alcuni, ma non tutti, gli eventi riguardanti un periodo circoscritto di tempo. Di conseguenza, l'individuo può ricordare parte di un evento traumatico ma non altre. Alcuni individui presentano forme di amnesia sia circoscritta sia selettiva.

L'*amnesia generalizzata*, la completa perdita della memoria della propria storia personale, è rara. Individui con amnesia generalizzata possono dimenticare l'identità personale. Alcuni perdono le loro precedenti conoscenze del mondo (per es., la conoscenza semantica) e non possono più accedere a competenze già note (per es., conoscenza procedurale). L'amnesia generalizzata ha un esordio acuto; la perplessità, il disorientamento e il vagare senza meta degli individui con amnesia generalizzata solitamente li porta all'attenzione della polizia o dei servizi psichiatrici d'urgenza. L'amnesia generalizzata può essere più comune tra i veterani di guerra, le vittime di aggressione sessuale e gli individui che vivono stress o conflitti emotivi estremi.

Individui con amnesia dissociativa sono spesso inconsapevoli (o solo parzialmente consapevoli) dei loro problemi di memoria. Molti di essi, specialmente gli individui con amnesia circoscritta, minimizzano l'importanza della perdita di memoria e possono sentirsi a disagio quando stimolati ad affrontare il problema. Nell'*amnesia sistematizzata*, l'individuo perde il ricordo di una specifica categoria di informazioni (per es., tutti i ricordi relativi alla propria famiglia, a una persona particolare o ad abusi sessuali nell'infanzia). Nell'*amnesia continuativa*, un individuo dimentica ogni nuovo evento che avviene.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Molti individui con amnesia dissociativa hanno una compromissione cronica delle abilità necessarie a formare e mantenere relazioni soddisfacenti. Sono comuni storie di traumi, abusi infantili e persecuzione. Alcuni individui con amnesia dissociativa riferiscono flashback dissociativi (per es., rivivono sul piano comportamentale gli eventi traumatici). Molti hanno una storia di automutilazioni, tentativi di suicidio e altri comportamenti ad alto rischio. Sono comuni sintomi depressivi e neurologici funzionali, così come depersonalizzazione, sintomi autoipnotici ed elevata ipnotizzabilità. Sono comuni anche le disfunzioni sessuali. Lievi lesioni cerebrali provocate da traumi possono precedere l'amnesia dissociativa.

Prevalenza

La prevalenza a 12 mesi dell'amnesia dissociativa tra gli adulti in un piccolo studio di comunità negli USA era dell'1,8% (1,0% nei maschi; 2,6% nelle femmine).

Sviluppo e decorso

L'esordio dell'amnesia generalizzata è solitamente improvviso. Si sa meno riguardo all'esordio delle amnesie circoscritte e selettive, in quanto queste amnesie sono di rado evidenti, anche all'individuo stesso. Sebbene l'amnesia circoscritta sia tipicamente preceduta da eventi opprimenti o intollerabili, il suo esordio può essere ritardato di ore, giorni o più.

Gli individui possono riferire molteplici episodi di amnesia dissociativa. Un singolo episodio può predisporre a futuri episodi. Nel tempo intercorrente tra un episodio di amnesia e l'altro, l'individuo può presentare o meno sintomatologia acuta. La durata degli eventi dimenticati può variare da minuti fino a decenni. Alcuni episodi di amnesia dissociativa si risolvono rapidamente (per es., quando la persona viene allontanata da un combattimento o da un'altra situazione stressante), mentre altri episodi persistono per lunghi periodi di tempo. Alcuni individui possono gradualmente ricordare i ricordi dissociati anni dopo. La tendenza alla dissociazione può diminuire con l'età, anche se non sempre. Quando l'amnesia va incontro a remissione, possono essere presenti disagio intenso, comportamento suicidario e sintomi di disturbo da stress post-traumatico.

L'amnesia dissociativa è stata osservata in bambini piccoli, adolescenti e adulti. I bambini possono essere i più difficili da valutare in quanto hanno difficoltà nel comprendere le domande riguardo l'amnesia e gli intervistatori possono trovare difficile formulare domande adatte a un bambino riguardo la memoria e l'amnesia. Osservazioni di amnesia dissociativa apparente sono spesso difficili da differenziare dai disturbi dell'attenzione, della concentrazione, dell'ansia, del comportamento oppositivo e dell'apprendimento. Per diagnosticare amnesia nei bambini possono essere necessari resoconti da molteplici fonti (per es., insegnanti, terapeuti, operatori sociali).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Esperienze traumatiche singole o ripetute (per es., guerra, maltrattamenti infantili, disastri naturali, internamento in campi di concentramento, genocidio) sono precedenti comuni. È più probabile che l'amnesia dissociativa si verifichi in presenza di 1) un più alto numero di esperienze avverse nell'infanzia, in particolare abuso fisico e/o sessuale, 2) violenza interpersonale e 3) aumentata gravità, frequenza e violenza del trauma.

Fattori genetici e fisiologici. Non vi sono studi genetici sull'amnesia dissociativa. Studi sulla dissociazione riportano fattori genetici e ambientali significativi in campioni sia clinici sia non clinici.

Modificatori del decorso. L'allontanamento dalle circostanze traumatiche sottostanti l'amnesia dissociativa (per es., combattimento) può portare a un rapido ritorno della memoria. La perdita di memoria di individui con fuga dissociativa può essere particolarmente refrattaria. L'esordio dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico può diminuire le amnesie circoscritte, selettive o sistematizzate. La memoria che torna, tuttavia, può essere vissuta come flashback che si alternano ad amnesie per il contenuto dei flashback stessi.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

In Asia, Medio Oriente e America Latina, convulsioni non epilettiche e altri sintomi neurologici funzionali possono accompagnare l'amnesia dissociativa. In culture con tradizioni sociali molto restrittive, i fattori precipitanti dell'amnesia dissociativa spesso non sono rappresentati da traumi evidenti. Piuttosto, l'amnesia è preceduta da gravi stress o conflitti psicologici (per es., conflitti con il coniuge, altri problemi familiari, problemi dell'attaccamento, conflitti dovuti a restrizioni o a oppressione).

Rischio di suicidio

Comportamenti suicidari e autodistruttivi sono comuni in individui con amnesia dissociativa. Il comportamento suicidario può essere particolarmente pericoloso quando l'amnesia va incontro a remissione improvvisa e travolge l'individuo con ricordi intollerabili.

Conseguenze funzionali dell'amnesia dissociativa

La compromissione degli individui con amnesia dissociativa circoscritta, selettiva o sistematizzata varia da limitata a grave. Individui con amnesia dissociativa generalizzata cronica solitamente presentano compromissioni in tutti gli aspetti del funzionamento. Anche quando questi individui "riapprendono" aspetti della loro storia personale, la memoria autobiografica rimane molto compromessa. La maggior parte degli individui con questo disturbo sviluppa disabilità in ambito professionale e nelle relazioni interpersonali.

Diagnosi differenziale

Disturbo dissociativo dell'identità. Individui con amnesia dissociativa possono riferire depersonalizzazione e sintomi autoipnotici. Individui con disturbo dissociativo dell'identità riferiscono discontinuità pervasive del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni, accompagnate da molti altri sintomi dissociativi. Le amnesie di individui con amnesie dissociative circoscritte, selettive e/o sistematizzate sono relativamente stabili. Le amnesie nel disturbo dissociativo dell'identità comprendono tipicamente amnesie per eventi di vita quotidiana, la scoperta di oggetti inspiegati, improvvise oscillazioni di abilità e conoscenze, importanti vuoti di memoria nel rievocare il proprio passato e brevi vuoti di memoria nelle relazioni interpersonali.

Disturbo da stress post-traumatico. Alcuni individui con disturbo da stress post-traumatico non riescono a ricordare una parte o la totalità di uno specifico evento traumatico (per es., una vittima di stupro con sintomi di depersonalizzazione e/o derealizzazione che non riesce a ricordare la maggior parte degli eventi dell'intero giorno dello stupro). Quando tale amnesia si estende oltre il momento del trauma, è giustificata una diagnosi di amnesia dissociativa in comorbilità.

Disturbi neurocognitivi. Nei disturbi neurocognitivi, la perdita di memoria inerente informazioni personali è solitamente strutturata all'interno di disturbi cognitivi, linguistici, affettivi, attentivi e comportamentali. Nell'amnesia dissociativa, i deficit di memoria riguardano primariamente informazioni autobiografiche; le abilità intellettuali e cognitive sono intatte.

Disturbi correlati a sostanze. Nel contesto di ripetute intossicazioni di alcol o di altre sostanze/farmaci, vi possono essere episodi di "blackout" o periodi dei quali l'individuo non ha memoria. Per contribuire a distinguere tali episodi dall'amnesia dissociativa, può essere utile un'anamnesi longitudinale indicante che gli episodi amnesici hanno luogo soltanto nel contesto di intossicazioni e non in altre situazioni; tuttavia, la distinzione può essere difficoltosa quando l'individuo con amnesia dissociativa abusa di alcol o di altre sostanze nel contesto di situazioni stressanti che possono anche esacerbare sintomi dissociativi. Alcuni individui con amnesia dissociativa e disturbo da uso di sostanze in comorbilità attribuiscono i loro problemi di memoria esclusivamente all'uso delle sostanze. Un uso prolungato di alcol o di altre sostanze può condurre a un disturbo neurocognitivo indotto da sostanze che può essere associato a compromissione delle funzioni cognitive, ma in questo contesto la storia prolungata di uso di sostanze e i deficit persistenti associati al disturbo neurocognitivo dovrebbero servire a distinguerlo dall'amnesia dissociativa, in cui tipicamente non vi è alcuna evidenza di compromissione persistente del funzionamento intellettivo.

Amnesia post-traumatica dovuta a danno cerebrale. Un'amnesia può avere luogo nel contesto di un danno traumatico cerebrale (DTC) quando vi è stato un colpo sulla testa o a causa di un rapido movimento o spostamento del cervello all'interno del cranio. Altre caratteristiche della DTC comprendono perdita di coscienza, disorientamento e confusione, o, nei casi più gravi, segni neurologici (per es., anomalie rilevate dal neuroimaging, un nuovo esordio convulsivo o un marcato peggioramento di un preesistente disturbo convulsivo, riduzione del campo visivo, anosmia). Un disturbo neurocognitivo attribuibile a DTC deve presentarsi immediatamente dopo il danno cerebrale o immediatamente dopo il recupero di coscienza dell'individuo in seguito al danno, e deve persistere dopo la fase acuta post-traumatica. La manifestazione cognitiva di un disturbo neurocognitivo successivo a DTC è variabile e comprende difficoltà nell'ambito dell'attenzione complessa, delle funzioni esecutive, dell'apprendimento e della memoria, così come il rallentamento dell'elaborazione delle informazioni e disturbi nella cognizione sociale. Tali caratteristiche aggiuntive aiutano a distinguerlo dall'amnesia dissociativa.

Disturbi convulsivi. Individui con disturbi convulsivi possono esibire comportamenti complessi durante le convulsioni o nella fase post-ictale con successiva amnesia. Alcuni individui con un disturbo convulsivo mettono in atto un vagare senza meta che è limitato al periodo dell'attività convulsiva. Al contrario, il comportamento durante una fuga dissociativa è solitamente finalizzato, complesso e orientato a uno scopo e può durare per giorni, settimane o più. Occasionalmente, individui con un disturbo convulsivo riferiranno che i primi ricordi autobiografici sono stati "cancellati" in concomitanza con la progressione del disturbo convulsivo. Tale perdita di memoria non è associata a circostanze traumatiche e sembra avere luogo occasionalmente. Elettroen-

cefalogrammi ripetuti in genere mostrano anomalie. Il monitoraggio mediante telemetria elettroencefalografica in genere mostra un'associazione tra gli episodi di amnesia e l'attività convulsiva. Amnesie dissociative ed epilettiche possono coesistere.

Stupore catatonico. Il mutismo nello stupore catatonico può suggerire la presenza di amnesia dissociativa, ma è assente la difficoltà nel ricordare. Altri sintomi catatonici (per es., rigidità, posture, negativismo) sono solitamente presenti.

Disturbo fittizio e simulazione. Non esistono test, batterie di test o procedure in grado di distinguere inequivocabilmente l'amnesia dissociativa dall'amnesia simulata. Individui con disturbo fittizio e simulazione sono stati osservati reiterare le loro menzogne anche sotto ipnosi o durante colloqui facilitati dall'uso di barbiturici. L'amnesia simulata è più comune in individui con 1) amnesia dissociativa acuta, florida; 2) problemi finanziari, sessuali o legali; o 3) desiderio di sfuggire a circostanze stressanti. Una vera amnesia può essere associata a queste stesse circostanze. Molti individui che si fingono malati confessano spontaneamente o quando vengono affrontati.

Modificazioni della memoria normali e correlate all'età. Le riduzioni della memoria nei disturbi neurocognitivi maggiore o lieve differiscono da quelle dell'amnesia dissociativa, che sono solitamente associate a eventi stressanti e sono più specifiche, estese e/o complesse.

Comorbilità

Nel momento in cui l'amnesia dissociativa comincia a recedere, può emergere un'ampia varietà di fenomeni affettivi: disforia, dolore, rabbia, vergogna, senso di colpa, tumulto interiore e conflittualità psicologiche, ideazione suicidaria e omicida, impulsi e gesti suicidi e omicidi. Pertanto, questi individui possono presentare sintomi che soddisfano i criteri per il disturbo depressivo persistente (distimia); disturbo depressivo maggiore; disturbo dissociativo con altra specificazione o senza specificazione; disturbo dell'adattamento, con umore depresso; o disturbo dell'adattamento, con alterazione mista dell'emotività e della condotta. Molti individui con amnesia dissociativa sviluppano disturbo da stress post-traumatico in qualche momento della loro vita, specialmente quando i precedenti traumatici delle loro amnesie sono portati a livello di consapevolezza cosciente.

Molti individui con amnesia dissociativa presentano in comorbilità sintomi che soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo da sintomi somatici o disturbo correlato (e viceversa), compresi il disturbo da sintomi somatici e il disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali). Molti individui con amnesia dissociativa presentano sintomi che soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo di personalità, specialmente dipendente, evitante e borderline.

Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione 300.6 (F48.1)

Criteri diagnostici

A. La presenza di persistenti o ricorrenti esperienze di depersonalizzazione, derealizzazione o entrambe:

1. **Depersonalizzazione:** Esperienze di irrealtà, distacco, di essere un osservatore esterno rispetto ai propri pensieri, sentimenti, sensazioni, corpo o azioni (per es., alterazioni percettive, distorto senso del tempo, senso di sé irreale o assente, ottundimento emotivo e/o fisico).

2. **Derealizzazione:** Esperienze di irrealtà o distacco rispetto all'ambiente circostante (per es., persone o oggetti vengono percepiti come irreali, onirici, nebbiosi, inanimati, o deformati visivamente).

B. Durante le esperienze di depersonalizzazione o derealizzazione l'esame di realtà rimane integro.

C. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o a un'altra condizione medica (per es., convulsioni).

E. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, quali schizofrenia, disturbo di panico, disturbo depressivo maggiore, disturbo da stress acuto, disturbo da stress post-traumatico o un altro disturbo dissociativo.

Caratteristiche diagnostiche

Le manifestazioni essenziali del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione sono episodi persistenti o ricorrenti di depersonalizzazione, derealizzazione o entrambe. Gli episodi di depersonalizzazione sono caratterizzati da sentimenti di irrealtà, distacco o estraneità verso se stessi o verso alcuni aspetti di se stessi (Criterio A1). L'individuo si può sentire distaccato dal suo intero essere (per es., "Non sono nessuno", "Non ho identità"). L'individuo può inoltre sentirsi soggettivamente distaccato da aspetti del proprio sé, tra cui sentimenti (per es., ipoemotività: "So di avere sentimenti ma non li sento"), pensieri (per es., "I miei pensieri non sembrano miei", "testa ovattata"), corpo o parti del corpo, o sensazioni (per es., tatto, propriocezione, fame, sete, libido). Vi può anche essere un diminuito senso di consapevolezza delle propre azioni (per es., sentirsi robotici, come un automa; non avere controllo sul proprio eloquio o sui propri movimenti). L'esperienza di depersonalizzazione può talvolta essere quella di un sé diviso, con una parte che osserva e una che partecipa, nota nelle sue forme più estreme come "esperienza extracorporea". Il sintomo unitario della "depersonalizzazione" comprende diversi fattori sintomatologici: anomale esperienze corporee (per es., irrealtà del sé e alterazioni percettive); ottundimento emotivo o fisico; e distorsione temporale con ricordi soggettivi anomali.

Gli episodi di derealizzazione sono caratterizzati da un sentimento di irrealtà, distacco o estraneità nei confronti del mondo, sia esso rappresentato da persone, oggetti inanimati, o tutto l'ambiente circostante (Criterio A2). L'individuo può sentirsi come se si trovasse nella nebbia, in un sogno o in una bolla, o come se ci fosse un velo o una parete di vetro tra sé e il mondo circostante. L'ambiente può essere percepito come artificiale, senza colori o senza vita. La derealizzazione è comunemente accompagnata da distorsioni visive soggettive, come offuscamento, acuità visiva amplificata, ampliamento o restringimento del campo visivo, bidimensionalità o appiattimento, tridimensionalità esagerata, o distanza o dimensione degli oggetti alterata (per es., macropsia o micropsia). Possono verificarsi anche distorsioni uditive, in cui voci o suoni vengono silenziati o amplificati. In aggiunta, il Criterio C richiede la presenza di compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, e i Criteri D ed E descrivono le diagnosi di esclusione.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione possono avere difficoltà a descrivere i loro sintomi e possono pensare di essere "matti" o di "stare im-

pazzendo". Un'altra esperienza comune è la paura di un danno cerebrale irreversibile. Un sintomo comunemente associato è un senso del tempo soggettivamente alterato (per es., troppo veloce o troppo lento), così come una difficoltà soggettiva nel rievocare vividamente ricordi passati e sentirli propri sul piano personale ed emotivo. Non sono rari sintomi somatici vaghi, quali sensazione di pienezza nella testa, formicolio o sensazione di stordimento. Gli individui possono soffrire di eccessiva ruminazione o di preoccupazioni ossessive (per es., essere ossessionati di continuo dal dubbio di esistere realmente, o controllare le proprie percezioni per determinare se sono reali). Caratteristiche comuni associate sono anche livelli variabili di ansia e depressione. In individui con questo disturbo è stata riscontrata una iporeattività fisiologica a stimoli emotivi. Substrati neurali di interesse comprendono l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, il lobulo parietale inferiore e i circuiti corticoprefrontali-limbici.

Prevalenza

Sintomi di depersonalizzazione/derealizzazione transitori che durano ore o giorni sono comuni nella popolazione generale. La prevalenza a 12 mesi del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione è ritenuta significativamente minore rispetto alla prevalenza dei sintomi transitori, sebbene non siano disponibili stime precise del disturbo. In generale, circa la metà degli adulti ha fatto esperienza di almeno un episodio di depersonalizzazione/derealizzazione nel corso della vita. Tuttavia, una sintomatologia che soddisfa tutti i criteri per il sintomo di depersonalizzazione/derealizzazione è nettamente meno comune rispetto ai sintomi transitori. La prevalenza lifetime negli USA e in altri paesi è approssimativamente 2% (variando tra 0,8 e 2,8%). Il rapporto del disturbo tra i generi è 1:1.

Sviluppo e decorso

L'età media di esordio del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione è di 16 anni, sebbene il disturbo possa avere origine nella prima o seconda infanzia; una minoranza di individui non ricorda di essere mai stata priva di sintomi. Meno del 20% degli individui presenta un esordio dopo i 20 anni di età e solo il 5% dopo i 25 anni. L'esordio nella quarta decade di vita o più tardi è molto insolito. L'esordio può variare da estremamente improvviso a graduale. La durata degli episodi del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione può variare ampiamente, da breve (ore o giorni) a prolungata (settimane, mesi o anni). Vista la rarità dell'esordio del disturbo dopo i 40 anni di età, in questi casi gli individui dovrebbero essere esaminati più accuratamente alla ricerca di condizioni mediche sottostanti (per es., lesioni cerebrali, disturbi convulsivi, apnee nel sonno). Il decorso del disturbo è spesso persistente. Circa un terzo dei casi riguarda episodi separati; un altro terzo riguarda sintomi continuativi dal momento dell'esordio; un altro terzo presenta un decorso inizialmente episodico che alla fine diviene continuativo.

Mentre in alcuni individui l'intensità dei sintomi può aumentare e diminuire considerevolmente, altri riferiscono un livello stabile di intensità che in casi estremi può essere costantemente presente per anni o decenni. Fattori interni ed esterni che influenzano l'intensità dei sintomi variano tra gli individui, sebbene siano stati descritti alcuni fattori tipici. Fattori quali stress, peggioramento dei sintomi di ansia e di umore, contesti nuovi o iperstimolanti, e fattori fisici quali illuminazione o mancanza di sonno possono causare il peggioramento dei sintomi.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Individui con disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione sono caratterizzati da temperamento di evitamento del danno, difese immature e schemi sia di disconnessione sia di iperconnessione. Difese immature quali idealizzazione/svalutazione, proiezione e passaggio all'atto esitano in negazione della realtà e adattamento inadeguato. Gli schemi di disconnessione cognitiva riflettono deficit e inibizione emotiva e includono le tematiche dell'abuso, della trascuratezza e della deprivazione. Gli schemi di iperconnessione comprendono compromissione dell'autonomia con tematiche di dipendenza, vulnerabilità e incompetenza.

Fattori ambientali. Esiste una chiara associazione tra il disturbo e traumi interpersonali nell'infanzia in una percentuale sostanziale di individui, sebbene questa associazione non sia tanto prevalente o estrema rispetto alla natura dei traumi come in altri disturbi dissociativi, come il disturbo dissociativo dell'identità. In particolare, abuso emotivo e trascuratezza emotiva sono stati associati al disturbo in modo più marcato e coerente. Altri fattori stressanti possono includere abuso fisico; essere testimoni di violenze domestiche; crescere insieme a un genitore malato mentale fortemente disabile; morte inaspettata o suicidio di un membro della famiglia o di un amico stretto. L'abuso sessuale è un precedente molto meno comune, anche se può essere presente. I fattori prossimali precipitanti più comuni del disturbo sono stress gravi (interpersonali, economici, lavorativi), depressione, ansia (in particolare attacchi di panico) e uso di sostanze illegali. I sintomi possono essere indotti specificatamente da sostanze quali tetraidrocannabinolo, allucinogeni, ketamina, MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina; "ecstasy") e *Salvia divinorum*. L'uso di marijuana può precipitare l'esordio di sintomi di attacco di panico e di depersonalizzazione/derealizzazione simultaneamente.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Esperienze di depersonalizzazione/derealizzazione volontariamente indotte possono far parte di pratiche di meditazione presenti in molte religioni e culture, e non devono essere diagnosticate come un disturbo. Tuttavia, vi sono individui che inizialmente si inducono questi stati intenzionalmente ma con il passare del tempo possono sviluppare paura e avversione per tali pratiche.

Conseguenze funzionali del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione

I sintomi del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione sono molto angoscianti e sono associati a morbilità grave. Il modo di comportarsi affettivamente appiattito e robotico che questi individui spesso presentano può sembrare incoerente con la profonda sofferenza emotiva riferita dagli individui con il disturbo. La compromissione è spesso vissuta sia nella sfera interpersonale sia in quella lavorativa, ed è largamente dovuta all'ipoemotività verso gli altri, alla difficoltà soggettiva nel mettere a fuoco e trattenere le informazioni e a un generale senso di disconnessione dalla vita.

Diagnosi differenziale

Disturbo da ansia di malattia. Sebbene individui con disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione possano presentarsi con vaghi sintomi fisici così come con il timore di danni cerebrali permanenti, la diagnosi di disturbo di depersonalizzazione/derealiz-

zazione è caratterizzata dalla presenza di una costellazione di sintomi tipici di depersonalizzazione/derealizzazione e dall'assenza di altre manifestazioni del disturbo da ansia di malattia.

Disturbo depressivo maggiore. Sensazioni di ottundimento, torpore, apatia e di essere in un sogno non sono rari negli episodi depressivi maggiori. Tuttavia, nel disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione tali sintomi sono associati a ulteriori sintomi del disturbo. Se la depersonalizzazione/derealizzazione precede chiaramente l'esordio di un episodio depressivo maggiore o continua chiaramente dopo la sua risoluzione, si applica la diagnosi di disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione.

Disturbo ossessivo-compulsivo. Alcuni individui con disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione possono diventare ossessivamente preoccupati nei confronti della propria esperienza soggettiva o sviluppare rituali per controllare lo stato dei loro sintomi. Tuttavia, non sono presenti altri sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo non collegati alla depersonalizzazione/derealizzazione.

Altri disturbi dissociativi. Per porre la diagnosi di disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, i sintomi non dovrebbero presentarsi nel contesto di un altro disturbo dissociativo, quale il disturbo dissociativo dell'identità. La diagnosi differenziale dall'amnesia dissociativa e dal disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali) è più semplice, poiché i sintomi di questi disturbi non si sovrappongono a quelli del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione.

Disturbi d'ansia. La depersonalizzazione/derealizzazione è uno dei sintomi degli attacchi di panico, via via più comune nel momento in cui aumenta la gravità degli attacchi di panico. Pertanto, il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione non dovrebbe essere diagnosticato quando i sintomi hanno luogo solo durante attacchi di panico che sono parte del disturbo di panico, del disturbo d'ansia sociale, o della fobia specifica. Inoltre, non è raro che i sintomi di depersonalizzazione/derealizzazione inizino la prima volta nel contesto di un esordio di attacchi di panico o quando il disturbo di panico progredisce e peggiora. In tali casi, la diagnosi di disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione può essere posta se 1) la componente di depersonalizzazione/derealizzazione è molto pronunciata sin dall'inizio, eccedendo chiaramente in durata e intensità il fenomeno dell'attacco di panico in corso; o 2) la depersonalizzazione/derealizzazione continua dopo che il disturbo di panico è andato incontro a remissione o è stato trattato con successo.

Disturbi psicotici. La presenza di un esame di realtà integro nei sintomi di depersonalizzazione/derealizzazione è essenziale per differenziare il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione dai disturbi psicotici. Raramente, la schizofrenia a sintomi positivi può porre un dubbio diagnostico quando sono presenti deliri nichilistici. Per esempio, un individuo può lamentarsi del fatto di essere morto o del fatto che il mondo non è reale; questa potrebbe essere un'esperienza soggettiva che l'individuo riconosce non essere vera o potrebbe essere una convinzione delirante.

Disturbi indotti da sostanze/farmaci. La depersonalizzazione/derealizzazione associata agli effetti fisiologici di sostanze durante intossicazione acuta o astinenza non è diagnosticata come disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione. Le sostanze che più comunemente precipitano il disturbo sono sostanze illegali come marijuana, allucinogeni, ketamina, ecstasy e *Salvia divinorum*. In circa il 15% di tutti i casi di disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, i sintomi sono precipitati dall'assunzione di tali sostanze. Se i sintomi persistono per qualche tempo in assenza di ulteriore uso di

sostanze o di farmaci, viene posta la diagnosi di disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione. Tale diagnosi è solitamente facile da porre dal momento che la grande maggioranza degli individui con tale manifestazione diviene altamente fobica e contraria nei confronti delle sostanze che hanno scatenato i sintomi e non ne fa un uso successivo.

Disturbi mentali dovuti a un'altra condizione medica. Caratteristiche come l'esordio dopo i 40 anni di età o presenza di sintomi e decorso atipici in qualunque individuo suggeriscono la possibilità di una condizione medica sottostante. In questi casi, è essenziale condurre una meticolosa valutazione medica e neurologica, che può comprendere esami di laboratorio di routine, titolazione virale, elettroencefalogramma, prove vestibolari, valutazioni visive, studio del sonno e/o brain imaging. Quando è difficile confermare il sospetto di un sottostante disturbo convulsivo, può essere necessario un elettroencefalogramma ambulatoriale; sebbene l'epilessia temporale sia la più comunemente implicata, può essere anche associata l'epilessia dei lobi parietali e frontali.

Comorbilità

In un adeguato campione di adulti coinvolti in una varietà di ricerche sulla depersonalizzazione, le patologie più spesso presenti in comorbilità nel corso della vita erano il disturbo depressivo unipolare e alcuni disturbi d'ansia, con una significativa percentuale del campione che le presentava entrambe. La comorbilità con disturbo da stress post-traumatico era bassa. I tre disturbi di personalità più frequentemente presenti in concomitanza erano i disturbi evitante, borderline e ossessivo-compulsivo di personalità.

Disturbo dissociativo con altra specificazione 300.15 (F44.89)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dissociativo, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dissociativi. La categoria disturbo dissociativo con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo dissociativo. Questo viene fatto registrando "disturbo dissociativo con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "trance dissociativa").

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" comprendono i seguenti:

1. **Sindromi croniche e ricorrenti di sintomi dissociativi misti:** Questa categoria include un disturbo dell'identità con una discontinuità meno marcata del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni, o alterazioni dell'identità o episodi di possessione in un individuo che non presenta amnesia dissociativa.
2. **Disturbo dell'identità dovuto a persuasione coercitiva prolungata e intensa:** Individui che sono stati sottoposti a persuasioni coercitive intense (per es., lavaggio del cervello, rieducazione, indottrinamento durante periodi di prigionia, tortura, lunghe detenzioni politiche, coinvolgimento in sette/culti o in organizzazioni terroristiche) possono manifestare modificazioni prolungate della, o interrogativi consapevoli riguardo alla, propria identità.
3. **Reazioni dissociative acute reattive a eventi stressanti:** Questa categoria riguarda condizioni acute e transitorie che tipicamente durano meno di un mese e talvol-

ta solo alcune ore o giorni. Queste condizioni sono caratterizzate da restringimento della coscienza; depersonalizzazione; derealizzazione; disturbi percettivi (per es., rallentamento del tempo, macropsia); microamnesie; stupor transitorio; e/o alterazioni del funzionamento senso-motorio (per es., analgesia, paralisi).

4. **Trance dissociativa:** Questa condizione è caratterizzata da un restringimento acuto o da una perdita completa di consapevolezza dell'ambiente circostante che si manifesta come profonda mancanza di responsività o insensibilità agli stimoli ambientali. La mancanza di responsività può essere accompagnata da comportamenti stereotipati minori (per es., movimenti delle dita) di cui l'individuo non è consapevole e/o che non può controllare, così come da paralisi transitorie o perdite di coscienza. La trance dissociativa non è un normale elemento di una pratica collettiva culturale o religiosa largamente accettata.

Disturbo dissociativo senza specificazione 300.15 (F44.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dissociativo, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dissociativi. La categoria disturbo dissociativo senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo dissociativo non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

Il disturbo da sintomi somatici e altri disturbi con rilevanti sintomi somatici costituiscono una nuova categoria nel DSM-5, chiamata disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati. Questo capitolo comprende le diagnosi di disturbo da sintomi somatici, disturbo da ansia di malattia, disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali), fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche, disturbo fittizio, disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione e disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione. Tutti i disturbi di questo capitolo hanno una caratteristica comune: la rilevanza di sintomi somatici associati a disagio e compromissione significativi. In ambito di medicina generale e in altri ambiti clinici si incontrano comunemente individui che presentano disturbi con rilevanti sintomi somatici, cosa che si verifica meno frequentemente nelle strutture psichiatriche e di salute mentale. Queste diagnosi, ridefinite in base a una riorganizzazione del disturbo somatoforme contenuto nel DSM-IV, sono di maggior utilità per i medici generici e per gli specialisti (non psichiatri).

La principale diagnosi di questa classe diagnostica, quella di disturbo da sintomi somatici, dà rilievo a una diagnosi posta in base a sintomi e segni positivi (sintomi somatici che procurano disagio accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti anomali, e comportamenti adottati in risposta a tali sintomi), piuttosto che all'assenza di una spiegazione medica per tali sintomi somatici. Una caratteristica distintiva di molti individui con disturbo da sintomi somatici non sono i sintomi somatici in quanto tali, ma piuttosto il modo in cui gli individui li presentano e li interpretano. Includere la componente affettiva, cognitiva e comportamentale fra i criteri relativi al disturbo da sintomi somatici offre l'opportunità di una disamina più completa e accurata del reale quadro clinico, rispetto a quanto avviene valutando solo i sintomi fisici.

I principi che sono alla base dei cambiamenti apportati, rispetto al DSM-IV, nelle diagnosi del disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati sono fondamentali per comprendere le diagnosi del DSM-5. Il termine *disturbi somatoformi* del DSM-IV creava confusione ed è stato sostituito da *disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati*. Nel DSM-IV erano presenti un'ampia sovrapposizione riguardo ai disturbi somatoformi e una mancanza di chiarezza sui loro confini diagnostici. Anche se individui con questi disturbi si rivolgono prevalentemente alle strutture mediche piuttosto che a quelle di salute mentale, per i medici non psichiatri le diagnosi dei disturbi somatoformi contenute nel DSM-IV erano difficili da capire e da usare. L'attuale classificazione del DSM-5 riconosce tale sovrapposizione, riducendo il numero totale dei disturbi e delle rispettive sottocategorie.

I criteri precedenti attribuivano un'eccessiva importanza alla centralità dei sintomi non spiegabili dal punto di vista medico. Tali sintomi sono presenti a vari livelli, in particolare nel disturbo di conversione, ma disturbi da sintomi somatici possono anche accompagnare disturbi medici diagnosticati. L'attendibilità della decisione di stabilire che un sintomo somatico non ha spiegazione medica è limitata, e basare una diagnosi sull'assenza di una spiegazione è problematico e rafforza il dualismo mente-corpo. Non è appropriato diagnosticare a un individuo un disturbo mentale solo perché non è possibile dimostrarne una causa medica. Inoltre, la presenza di una diagnosi medica non esclude la possibilità di un disturbo mentale in comorbilità, tra cui uno dei disturbi da sintomi somatici e correlati. Forse a causa dell'eccessiva attenzione data alla mancanza di una spiegazione medica, gli individui consideravano queste diagnosi dispregiative e avvilenti, come se sottintendessero che i loro sintomi fisici non erano "reali". La nuova classificazione definisce la diagnosi principale, disturbo da sintomi somatici, sulla base di sintomi oggettivi (sintomi somatici che procurano disagio accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti anomali, e comportamenti adottati in risposta a tali sintomi). Tuttavia, i sintomi non spiegabili dal punto di vista medico restano una caratteristica fondamentale nel disturbo di conversione e nella pseudociesi (disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione) perché è possibile dimostrare inequivocabilmente che in tali disturbi i sintomi non sono coerenti con la fisiopatologia medica.

È importante notare che alcuni altri disturbi mentali possono inizialmente manifestarsi con sintomi prevalentemente somatici (per es., disturbo depressivo maggiore, disturbo di panico). Tali diagnosi possono spiegare i sintomi somatici, oppure possono affiancarsi a uno dei disturbi da sintomi somatici e correlati descritti in questo capitolo. Vi è una notevole comorbilità medica tra gli individui somatizzanti. Anche se i sintomi somatici sono frequentemente associati a disagio psicologico e a psicopatologie, alcuni disturbi da sintomi somatici e correlati possono insorgere spontaneamente e le loro cause rimanere oscure. Disturbi d'ansia e disturbi depressivi possono accompagnare disturbi da sintomi somatici e correlati. La componente somatica aggiunge gravità e complessità ai disturbi d'ansia e ai disturbi depressivi e si traduce in maggiore gravità, compromissione funzionale e anche refrattarietà alle cure tradizionali. In rari casi, il grado di preoccupazione può essere così grave da giustificare che si prenda in considerazione una diagnosi di disturbo delirante.

Un certo numero di fattori possono contribuire all'insorgenza di disturbi da sintomi somatici e correlati: tra questi la vulnerabilità genetica e biologica (per es., aumentata sensibilità al dolore), precoci esperienze traumatiche (per es., violenza, abuso, deprivazione) e di apprendimento (per es., attenzione ottenuta per mezzo della malattia, mancato rinforzo delle espressioni di disagio non somatiche), nonché norme culturali/sociali che svalutano e stigmatizzano la sofferenza psicologica rispetto alle sofferenze fisiche. Le differenze nell'attenzione prestata dai medici nelle diverse culture influenzano il modo in cui i sintomi somatici vengono riferiti, riconosciuti e gestiti. La variabilità nella presentazione sintomatologica è probabilmente il risultato dell'interazione di molteplici fattori all'interno di contesti culturali che influenzano il modo in cui gli individui identificano e classificano le sensazioni corporee, percepiscono la malattia e si rivolgono al medico per curarla. Così, le presentazioni somatiche possono essere viste come espressioni di una sofferenza personale inserita in un determinato contesto culturale e sociale.

Tutti questi disturbi sono caratterizzati dalla preponderante attenzione incentrata su preoccupazioni somatiche e dal fatto che all'inizio gli individui si rivolgono principalmente a strutture mediche, anziché a quelle per la cura della salute mentale. Il disturbo da sintomi somatici offre un metodo clinicamente più utile per caratterizzare gli individui ai quali in passato può essere stato diagnosticato un disturbo di somatizzazione. Inoltre, circa il 75% degli individui che erano stati precedentemente diagnosticati come ipocondriaci rientrano nella diagnosi di disturbo da sintomi somatici. Tuttavia, circa il 25% degli individui con ipocondria hanno, in assenza di sintomi somatici, un'elevata ansia per la propria salute, e molti dei loro sintomi non li farebbero rientrare in una diagnosi di disturbo d'ansia. La diagnosi di disturbo da ansia di malattia del DSM-5 è riservata a quest'ultimo gruppo di individui. Il disturbo da ansia di malattia può essere considerato o in questa sezione diagnostica o come un disturbo d'ansia. A causa del forte accento sulle preoccupazioni somatiche, e dal momento che il disturbo da ansia di malattia è più frequentemente incontrato in strutture mediche, per utilità è elencato con i disturbi da sintomi somatici e correlati. Nel disturbo di conversione, la caratteristica essenziale sono i sintomi neurologici che, dopo opportuna valutazione specialistica, risultano incompatibili con la fisiopatologia neurologica. In questo capitolo sono inclusi anche i fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche. La loro caratteristica essenziale è la presenza di uno o più fattori psicologici o comportamentali clinicamente significativi che influenzano negativamente una condizione medica, aumentando il rischio di sofferenza, morte o invalidità. Come gli altri disturbi da sintomi somatici e correlati, il disturbo fittizio si caratterizza per i persistenti problemi legati alla percezione della malattia e all'identità. Nella grande maggioranza dei casi riferiti di disturbo fittizio, sia riguardante sé sia un'altra persona, gli individui riferiscono sintomi somatici e la convinzione di una malattia organica. Di conseguenza, il DSM-5 include il disturbo fittizio tra i disturbi da sintomi somatici e correlati. Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione e disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione comprendono condizioni per le quali sono rispettati alcuni, ma non tutti i, criteri per disturbo da sintomi somatici e il disturbo da ansia di malattia, come pure per le pseudocie.

Disturbo da sintomi somatici 300.82 (F45.1)

Criteri diagnostici

A. Uno o più sintomi somatici che procurano disagio o portano ad alterazioni significative della vita quotidiana.

B. Pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi correlati ai sintomi somatici o associati a preoccupazioni relative alla salute, come indicato da almeno uno dei seguenti criteri:
   1. Pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi.
   2. Livello costantemente elevato di ansia per la salute o per i sintomi.
   3. Tempo ed energie eccessivi dedicati a questi sintomi o a preoccupazioni riguardanti la salute.

C. Sebbene possa non essere continuativamente presente alcuno dei sintomi, la condizione di essere sintomatici è persistente (tipicamente da più di 6 mesi).

Specificare se:

Con dolore predominante (in precedenza disturbo algico): Questo specificatore riguarda gli individui con sintomi somatici rappresentati prevalentemente dal dolore.

Specificare se:

Persistente: Un decorso persistente è caratterizzato da sintomi gravi, marcata compromissione e lunga durata (più di 6 mesi).

Specificare la gravità attuale:

Lieve: È soddisfatto solo uno dei sintomi specificati nel Criterio B.

Moderata: Sono soddisfatti due o più dei sintomi specificati nel Criterio B.

Grave: Sono soddisfatti due o più dei sintomi specificati nel Criterio B, oltre ai quali ci sono molteplici sintomi fisici (o un sintomo fisico molto grave).

Caratteristiche diagnostiche

Tipicamente gli individui con disturbo da sintomi somatici presentano contemporaneamente molteplici sintomi somatici, che procurano disagio o portano ad alterazioni significative della vita quotidiana (Criterio A), anche se a volte è presente un solo sintomo grave, più comunemente il dolore. I sintomi possono essere specifici (per es., un dolore localizzato) o relativamente aspecifici (per es., spossatezza). I sintomi si rivelano talvolta delle normali sensazioni corporee oppure un malessere che generalmente non significa malattia grave. Sintomi somatici che non hanno una spiegazione medica evidente non sono sufficienti per porre questa diagnosi. La sofferenza dell'individuo infatti è autentica, che sia spiegabile o non sia spiegabile dal punto di vista medico.

I sintomi possono essere o meno associati a un'altra condizione medica. La diagnosi di disturbo da sintomi somatici e quella di una concomitante malattia organica non si escludono a vicenda, e spesso si verificano insieme. Per esempio, un individuo può diventare gravemente invalido a causa dei sintomi del disturbo da sintomi somatici dopo un infarto miocardico senza complicanze, anche se l'infarto non ha provocato alcuna invalidità. Se è presente un'altra condizione medica o vi è un rischio elevato di svilupparne una (per es., un'importante familiarità), i pensieri, i sentimenti e i comportamenti associati a questa condizione sono eccessivi (Criterio B).

Gli individui con disturbo da sintomi somatici tendono ad avere livelli molto elevati di preoccupazione riguardante la malattia (Criterio B). Essi valutano i propri sintomi fisici come ingiustificatamente minacciosi, dannosi o fastidiosi e spesso pensano il peggio riguardo alla propria salute. Anche quando vi sono prove del contrario, alcuni pazienti continuano a temere la gravità dei loro sintomi. Nei casi di disturbo da sintomi somatici grave, le preoccupazioni per la salute possono assumere un ruolo centrale nella vita dell'individuo, diventando una caratteristica della sua identità e dominando le sue relazioni interpersonali.

Gli individui provano tipicamente un'angoscia che si concentra principalmente sui sintomi somatici e sul loro significato. Se interrogati direttamente riguardo al loro disagio, alcuni individui lo descrivono in relazione ad altri aspetti della propria vita, mentre altri negano ogni fonte di disagio oltre i sintomi somatici. La qualità di vita correlata alla salute è spesso compromessa, sia fisicamente sia mentalmente. In caso di disturbo da sintomi somatici grave, la compromissione è evidente e, se è persistente, il disturbo può portare a invalidità.

Vi è spesso un elevato utilizzo di cure mediche, che di rado allevia le preoccupazioni dell'individuo. Perciò, il paziente può recarsi da vari medici per curare gli stessi sintomi. Questi individui sembrano spesso non rispondere alle cure mediche e nuovi trattamenti possono solo esacerbarne i sintomi. Certi individui con questo disturbo sembrano insolitamente sensibili agli effetti collaterali dei farmaci. Alcuni pensano che la valutazione medica e il trattamento cui sono stati sottoposti siano stati inadeguati.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Le caratteristiche di tipo cognitivo comprendono l'attenzione focalizzata sui sintomi somatici, l'attribuzione di normali sensazioni fisiche a una malattia organica (eventualmente con interpretazioni catastrofiche), paura di essere malati e timore che qualsiasi attività fisica possa essere nociva per il corpo. Rilevanti caratteristiche comportamentali associate possono includere il ripetuto controllo del corpo alla ricerca di anomalie, la reiterata richiesta di aiuto e rassicurazione da parte del medico e l'evitamento dell'attività fisica. Queste caratteristiche comportamentali sono più pronunciate nel disturbo da sintomi somatici grave e persistente. Queste caratteristiche sono solitamente associate a frequenti richieste di aiuto medico riguardanti sintomi somatici differenti. Questo può portare a consultazioni mediche in cui gli individui sono così concentrati sulle loro preoccupazioni riguardanti il/i sintomo/i somatici che non è possibile portarli su altri argomenti. Qualunque rassicurazione da parte del medico che i sintomi non sono indicativi di una grave malattia organica tende a essere di breve durata e/o è vissuta dagli individui come se il medico non prendesse i loro sintomi con la dovuta serietà. Poiché l'attenzione sui sintomi somatici è una caratteristica primaria del disturbo, gli individui con disturbo da sintomi somatici fanno tipicamente ricorso ai servizi di medicina generale, piuttosto che a quelli di salute mentale. Il suggerimento di rivolgersi a uno specialista di tale settore può essere accolto dagli individui con disturbo da sintomi somatici con stupore o persino con un aperto rifiuto.

Dal momento che il disturbo da sintomi somatici è associato ai disturbi depressivi, vi è un aumentato rischio di suicidio. Non è noto se il disturbo da sintomi somatici sia associato al rischio di suicidio indipendentemente dalla sua associazione ai disturbi depressivi.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo da sintomi somatici non è nota. Tuttavia, la prevalenza del disturbo da sintomi somatici dovrebbe essere superiore a quella più restrittiva del disturbo di somatizzazione del DSM-IV (<1%), ma inferiore a quella del disturbo somatoforme indifferenziato (circa 19%). La prevalenza del disturbo da sintomi somatici nella popolazione generale adulta può essere di circa 5-7%. Le femmine tendono a riferire più sintomi somatici rispetto ai maschi, ed è quindi probabile che la prevalenza del disturbo da sintomi somatici sia più alta nelle femmine.

Sviluppo e decorso

Negli individui più anziani, i sintomi somatici e le malattie organiche concomitanti sono comuni e per porre la diagnosi è fondamentale concentrarsi sul Criterio B. Il disturbo da sintomi somatici può essere sottodiagnosticato negli individui più anziani sia perché certi sintomi somatici (per es., dolore, spossatezza) sono considerati parte del normale invecchiamento sia perché temere di essere malati è considerato "comprensibile" in individui più anziani che soffrono di un numero più elevato di malattie organiche e fanno un maggior uso di farmaci, rispetto agli individui più giovani. Negli individui anziani che presentano numerosi sintomi somatici è comune un concomitante disturbo depressivo.

Nei bambini, i sintomi più comuni sono dolore addominale ricorrente, mal di testa, spossatezza e nausea. Un unico sintomo preminente è più comune nei bambini che negli adulti. Mentre i bambini possono avere disturbi somatici, raramente si preoccupano della "malattia" in quanto tale prima dell'adolescenza. La risposta dei genitori al

sintomo è importante, in quanto ciò potrebbe determinare il livello di disagio associato. È il genitore a stabilire l'interpretazione dei sintomi e, di conseguenza, le assenze da scuola e il ricorso al medico.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Il tratto di personalità dell'affettività negativa (nevroticismo) è stato identificato come un fattore di rischio/correlazione indipendente di un numero elevato di sintomi somatici. La comorbilità con ansia o depressione è comune e può esacerbare i sintomi e la compromissione.

Fattori ambientali. Il disturbo da sintomi somatici è più frequente in individui con scarsa scolarizzazione e basso status socioeconomico, e in quelli che hanno recentemente sperimentato eventi di vita stressanti.

Modificatori del decorso. Sintomi somatici persistenti sono associati a caratteristiche demografiche (sesso femminile, età avanzata, scarsa scolarizzazione, basso status socioeconomico, disoccupazione), una storia riferita di abuso sessuale o altre avversità durante l'infanzia, una concomitante malattia organica cronica o un disturbo psichiatrico (depressione, ansia, disturbo depressivo persistente [distimia], panico), stress sociale e fattori sociali di rinforzo come l'indennità di malattia. I fattori cognitivi che influenzano il decorso clinico comprendono la sensibilizzazione al dolore, l'accresciuta attenzione alle sensazioni fisiche e l'attribuire sintomi fisici a una possibile malattia organica, piuttosto che riconoscerli come un fenomeno normale o di stress psicologico.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

I sintomi somatici spiccano in varie "sindromi legate alla cultura". Si è riscontrato un elevato numero di sintomi somatici in studi, condotti a livello mondiale, sulla relazione tra popolazione e medicina generale, con un pattern simile di sintomi somatici più comunemente riportati, compromissione e richiesta di trattamento. Il rapporto tra numero di sintomi somatici e timore di malattia è simile nelle diverse culture e in tutte un marcato timore di malattia è associato a compromissione e a maggiore richiesta di trattamento. Il rapporto tra numerosi sintomi somatici e depressione sembra essere molto simile in tutto il mondo e tra culture diverse all'interno dello stesso paese.

Nonostante queste somiglianze, ci sono differenze nei sintomi somatici tra culture e gruppi etnici. La descrizione dei sintomi somatici varia a seconda dei fattori linguistici e di altri fattori culturali locali. Le modalità usate per presentare i sintomi sono state descritte come "idiomi del disagio" perché, nei diversi contesti culturali, i sintomi somatici possono avere significati speciali e danno forma alle interazioni paziente-medico. Il "burnout", la sensazione di pesantezza o i sintomi riguardanti i "gas"; eccessivo calore nel corpo; o bruciore alla testa, sono esempi di sintomi comuni in alcune culture o gruppi etnici, ma rari in altre. Variano anche i modelli esplicativi e i sintomi somatici possono essere variamente attribuiti a particolari fattori familiari stressanti, lavorativi o ambientali; a una malattia organica; alla repressione di sentimenti di rabbia e risentimento; o a certi fenomeni specifici legati alla cultura, come, per esempio, la perdita di liquido seminale. Tra i gruppi culturali possono esserci anche differenze nella richiesta di trattamento medico, oltre a quelle dovute alla variabilità di accesso ai servizi di assistenza medica. Chiedere di essere curati per molteplici sintomi somatici nelle strutture di medicina generale è un fenomeno mondiale e si verifica in percentuali simili tra i gruppi etnici nello stesso paese.

Conseguenze funzionali del disturbo da sintomi somatici

Il disturbo è associato a una significativa compromissione dello stato di salute. Molti individui con disturbo da sintomi somatici grave possono avere i punteggi di compromissione dello stato di salute di oltre 2 deviazioni standard al di sotto della norma della popolazione generale.

Diagnosi differenziale

Se i sintomi somatici sono coerenti con un altro disturbo mentale (per es., disturbo di panico) e sono soddisfatti i criteri diagnostici di tale disturbo, allora questo disturbo dovrebbe essere considerato come diagnosi alternativa o aggiuntiva. Se i sintomi somatici e i pensieri, sentimenti o comportamenti a essi correlati si verificano solo durante episodi di depressione maggiore, non viene posta una diagnosi separata di disturbo da sintomi somatici. Se, come avviene comunemente, sono soddisfatti i criteri diagnostici sia per il disturbo da sintomi somatici sia per un altro disturbo mentale, allora dovrebbero essere codificati entrambi, dal momento che entrambi possono richiedere trattamento.

Altre condizioni mediche. La presenza di sintomi somatici eziologicamente non chiari non è di per sé sufficiente per porre una diagnosi di disturbo da sintomi somatici. I sintomi di molti individui con disturbi come la sindrome del colon irritabile o la fibromialgia non soddisferebbero il criterio necessario per la diagnosi di disturbo da sintomi somatici (Criterio B). Viceversa, la presenza dei sintomi somatici di un disturbo medico noto (per es., il diabete o una malattia cardiaca) non esclude la diagnosi di disturbo da sintomi somatici se ne vengono comunque soddisfatti i criteri.

Disturbo di panico. Nel disturbo di panico, sintomi somatici e ansia per la salute tendono a verificarsi negli episodi acuti, mentre nel disturbo da sintomi somatici l'ansia e i sintomi somatici sono più persistenti.

Disturbo d'ansia generalizzata. Gli individui con disturbo d'ansia generalizzata temono numerosi eventi, situazioni o attività, uno solo dei quali può riguardare la loro salute. Il principale oggetto di preoccupazione non sono in genere i sintomi somatici o il timore di essere malati, diversamente da quanto avviene nel disturbo da sintomi somatici.

Disturbi depressivi. I disturbi depressivi sono comunemente accompagnati da sintomi somatici. I disturbi depressivi si differenziano tuttavia dal disturbo da sintomi somatici per i sintomi depressivi essenziali, cioè disforia e anedonia.

Disturbo da ansia di malattia. Se l'individuo ha grandi preoccupazioni per la propria salute, ma sintomi somatici minimi o assenti, può essere più appropriato prendere in considerazione la diagnosi di disturbo da ansia di malattia.

Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali). Nel disturbo di conversione, il sintomo manifestato è la perdita di funzione (per es., di un arto), mentre nel disturbo da sintomi somatici l'attenzione è concentrata sul disagio provocato da particolari sintomi. Le caratteristiche elencate sotto il Criterio B del disturbo da sintomi somatici possono essere utili per differenziare i due disturbi.

Disturbo delirante. Nel disturbo da sintomi somatici la convinzione dell'individuo che i sintomi somatici possano riflettere una grave malattia organica non si manifesta con intensità delirante. Ciononostante, le convinzioni dell'individuo riguardanti i sintomi

somatici possono essere profondamente radicate. Al contrario, nel disturbo delirante, sottotipo somatico, le convinzioni sui sintomi somatici e il comportamento che ne deriva sono più intensi di quelli riscontrabili nel disturbo da sintomi somatici.

Disturbo di dismorfismo corporeo. Nel disturbo di dismorfismo corporeo l'individuo è afflitto e preoccupato oltre misura da un difetto percepito nelle proprie caratteristiche fisiche. Al contrario, nel disturbo da sintomi somatici la preoccupazione per i sintomi somatici riflette la paura di una malattia di base, non di un difetto nell'aspetto fisico.

Disturbo ossessivo-compulsivo. Nel disturbo da sintomi somatici le idee ricorrenti sui sintomi somatici o sulla malattia sono meno invasive, e gli individui con questo disturbo non presentano i comportamenti ripetitivi associati volti a ridurre l'ansia tipici del disturbo ossessivo-compulsivo.

Comorbilità

Il disturbo da sintomi somatici è associato ad alti tassi di comorbilità sia con disturbi medici sia con il disturbo d'ansia e il disturbo depressivo. Quando è presente una concomitante malattia medica, il grado di compromissione è più marcato di quanto ci si aspetterebbe dalla sola malattia medica. Quando i sintomi di un individuo soddisfano i criteri diagnostici per il disturbo da sintomi somatici, dovrebbe essere diagnosticato questo disturbo; tuttavia, alla luce della frequente comorbilità soprattutto con il disturbo d'ansia e con quello depressivo, bisognerebbe cercare le prove anche per queste diagnosi concomitanti.

Disturbo da ansia di malattia 300.7 (F45.21)

Criteri diagnostici

A. Preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia.

B. I sintomi somatici non sono presenti o, se presenti, sono solo di lieve intensità. Se è presente un'altra condizione medica o vi è un rischio elevato di svilupparla (per es., in presenza di importante familiarità), la preoccupazione è chiaramente eccessiva o sproporzionata.

C. È presente un elevato livello di ansia riguardante la salute e l'individuo si allarma facilmente riguardo al proprio stato di salute.

D. L'individuo attua eccessivi comportamenti correlati alla salute (per es., controlla ripetutamente il proprio corpo cercando segni di malattia) o presenta un evitamento disadattivo (per es., evita visite mediche e ospedali).

E. La preoccupazione per la malattia è presente da almeno 6 mesi, ma la specifica patologia temuta può cambiare nel corso di tale periodo di tempo.

F. La preoccupazione riguardante la malattia non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale, come il disturbo da sintomi somatici, il disturbo di panico, il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo di dismorfismo corporeo, il disturbo ossessivo-compulsivo o il disturbo delirante, tipo somatico.

Specificare quale:

Tipo richiedente l'assistenza: L'assistenza medica, comprendente visite e procedure mediche o esami clinici, è usata frequentemente.

Tipo evitante l'assistenza: L'assistenza medica è usata raramente.

Caratteristiche diagnostiche

La maggior parte degli individui ipocondriaci è ora classificata come avente il disturbo da sintomi somatici; tuttavia, in una minoranza di casi, si applica invece la diagnosi di disturbo da ansia di malattia. Tale disturbo comporta la preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia non diagnosticata (Criterio A). I sintomi somatici non sono presenti o, se presenti, sono solo di lieve intensità (Criterio B). Una valutazione completa non riesce a identificare una grave condizione medica che giustifichi le preoccupazioni dell'individuo. Mentre la preoccupazione può nascere da un segno o da una sensazione fisici non patologici, il disagio dell'individuo non proviene principalmente dal sintomo in sé, quanto piuttosto dalla sua ansia per il senso, il significato o la causa del sintomo accusato (cioè la diagnosi medica sospettata). Se sono presenti un segno o un sintomo fisici, si tratta spesso di una normale sensazione fisiologica (per es., vertigine ortostatica), una disfunzione benigna e autolimitante (per es., tinnito transitorio), o un disagio corporeo generalmente non considerato indice di malattia (per es., eruttazione). Se è presente una condizione medica diagnosticabile, l'ansia e la preoccupazione dell'individuo sono chiaramente eccessive e sproporzionate rispetto alla gravità della condizione (Criterio B). Le evidenze empiriche e la letteratura esistente riguardano l'ipocondria precedentemente definita dal DSM e non è chiaro in che misura e con quanta precisione si possano applicare alla descrizione di questa nuova diagnosi.

La preoccupazione riguardante l'idea di essere malati è accompagnata da una sostanziale ansia per la salute e per la malattia (Criterio C). Gli individui con disturbo da ansia di malattia si allarmano facilmente riguardo la malattia, anche solo sentendo che qualcun altro si è ammalato o leggendo una notizia legata alla salute. Le loro preoccupazioni su una malattia non diagnosticata non rispondono alle appropriate rassicurazioni mediche, agli esami diagnostici negativi o al decorso benigno. I tentativi del medico di rassicurare e alleviarne i sintomi generalmente non riducono le preoccupazioni dell'individuo e possono addirittura aumentarle. Le preoccupazioni riguardo alla malattia assumono un posto di rilievo nella vita dell'individuo, influenzando le attività quotidiane, e possono persino provocare invalidità. La malattia diventa un elemento centrale dell'identità e dell'immagine di sé dell'individuo, un frequente argomento di conversazione e una reazione caratteristica a eventi di vita stressanti. Gli individui con questo disturbo spesso controllano ripetutamente se stessi (per es., esaminandosi la gola allo specchio) (Criterio D). Fanno ricerche eccessive sulla malattia che sospettano di avere (per es., tramite Internet) e cercano ripetutamente rassicurazione da parte di familiari, amici o medici. Questo incessante preoccuparsi diventa spesso frustrante per gli altri e può provocare forte tensione all'interno della famiglia. In alcuni casi, l'ansia porta a un evitamento disadattivo di situazioni (per es., la visita a familiari malati) o di attività (per es., l'esercizio fisico) che questi individui temono potrebbero mettere a repentaglio la loro salute.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Poiché credono di avere una malattia fisica, gli individui con disturbo da ansia di malattia si incontrano molto più spesso in strutture mediche che non di salute mentale. La maggior parte degli individui con disturbo da ansia di malattia fa ampiamente ricorso, benché in modo insoddisfacente, all'assistenza medica, anche se alcuni possono essere troppo ansiosi per rivolgersi al medico. Generalmente utilizzano con frequenza i servizi sanitari, ma non si rivolgono ai servizi di salute mentale in misura maggiore della popolazione generale. Spesso consultano più medici per lo stesso problema e ottengono

ripetutamente risultati negativi nei test diagnostici. A volte, l'attenzione medica porta a un paradossale aggravamento dell'ansia o a complicanze iatrogene di test e procedure diagnostiche. Gli individui con questo disturbo sono generalmente insoddisfatti delle cure mediche ricevute, le giudicano inutili e spesso hanno la sensazione di non venir presi sul serio dai medici. Talvolta queste preoccupazioni possono essere giustificate, dal momento che i medici possono essere sprezzanti o reagire con frustrazione o ostilità. Questa reazione può occasionalmente avere come risultato la mancata diagnosi di una condizione medica realmente presente.

Prevalenza

Stime sulla prevalenza del disturbo da ansia di malattia si basano su quelle del DSM-III e DSM-IV per la diagnosi di *ipocondria*. La prevalenza a 1-2 anni di ansia per la salute e/o convinzione di essere malati in studi di comunità e campioni basati sulla popolazione varia tra 1,3 e 10%. Nelle popolazioni mediche ambulatoriali, i tassi di prevalenza 6 mesi/1 anno variano fra 3 e 8%. La prevalenza del disturbo è simile in maschi e femmine.

Sviluppo e decorso

L'insorgenza e il decorso del disturbo da ansia di malattia non sono chiari. Generalmente si pensa che il disturbo da ansia di malattia sia una condizione cronica e recidivante, con un'età di esordio nella prima età adulta e nella mezza età. Nei campioni basati sulla popolazione, l'ansia legata alla salute aumenta con l'età, ma in contesti medici l'età degli individui con un'elevata ansia riguardo alla salute non sembra differire da quella di altri pazienti negli stessi contesti. Negli individui anziani, l'ansia correlata alla salute spesso si concentra sulla perdita di memoria; si ritiene che il disturbo sia raro nei bambini.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Il disturbo da ansia di malattia può talvolta essere scatenato da un forte stress o da una minaccia per la vita dell'individuo, grave ma, in ultima analisi, benigna per la sua salute. Una storia di abuso o di grave malattia durante l'infanzia può predisporre allo sviluppo del disturbo in età adulta.

Modificatori del decorso. Approssimativamente, da un terzo alla metà degli individui con disturbo da ansia di malattia presentano una forma transitoria e meno grave del disturbo, associata a minore comorbilità psichiatrica e maggiore comorbilità medica.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La diagnosi dovrebbe essere posta con cautela per individui le cui idee sulla malattia sono congruenti con convinzioni culturali ampiamente radicate e accettate. Poco si sa circa la fenomenologia del disturbo nelle varie culture, anche se la prevalenza sembra essere simile in paesi con culture diverse.

Conseguenze funzionali del disturbo da ansia di malattia

Il disturbo da ansia di malattia causa notevole compromissione delle attività e riduzione della funzionalità fisica e della qualità di vita legata alla salute. Le preoccupazioni riguardanti la salute spesso interferiscono con le relazioni interpersonali, alterano la vita familiare e danneggiano le prestazioni professionali.

Diagnosi differenziale

Altre condizioni mediche. La prima diagnosi differenziale da considerare è quella con una sottostante condizione medica, comprese quelle neurologiche o endocrine, i tumori occulti e altre malattie organiche sistemiche. La presenza di una condizione medica non esclude la possibilità di coesistenza del disturbo da ansia di malattia. Se è presente una condizione medica, l'ansia per la propria salute e le preoccupazioni legate alla malattia sono chiaramente sproporzionate rispetto alla sua gravità. Preoccupazioni transitorie legate a una condizione medica non costituiscono un disturbo da ansia di malattia.

Disturbi dell'adattamento. L'ansia per la propria salute è una reazione normale a una malattia grave e non è un disturbo mentale. Tale ansia per la salute non patologica è chiaramente legata alla condizione medica ed è tipicamente limitata nel tempo. Se l'ansia riguardante la salute è abbastanza grave, può essere diagnosticato un disturbo dell'adattamento. Tuttavia, solo quando l'ansia per la salute è di durata e gravità sufficienti e genera disagio può essere diagnosticato un disturbo da ansia di malattia. Pertanto, la diagnosi richiede la persistenza continuativa per almeno 6 mesi di un'ansia sproporzionata riguardo alla salute.

Disturbo da sintomi somatici. Il disturbo da sintomi somatici viene diagnosticato quando sono presenti significativi sintomi somatici. Al contrario, gli individui con disturbo da ansia di malattia hanno sintomi somatici minimi e sono preoccupati principalmente dall'idea di essere malati.

Disturbi d'ansia. Nel disturbo d'ansia generalizzata gli individui si preoccupano per numerosi eventi, situazioni o attività, uno solo dei quali può riguardare la salute. Nel disturbo di panico, l'individuo può essere preoccupato dal fatto che gli attacchi di panico riflettano la presenza di una malattia medica; tuttavia, sebbene tali individui possano essere in ansia per la propria salute, la loro ansia è tipicamente molto acuta ed episodica. Nel disturbo da ansia di malattia l'ansia e i timori riguardanti la salute sono più persistenti e duraturi. Negli individui con disturbo da ansia di malattia possono verificarsi attacchi di panico scatenati dalle loro preoccupazioni di malattia.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. Gli individui con disturbo da ansia di malattia possono avere pensieri intrusivi riguardanti il fatto di avere una malattia, ai quali possono essere associati comportamenti compulsivi (per es., la ricerca di rassicurazione). Tuttavia, nel disturbo da ansia di malattia le preoccupazioni di solito si concentrano sull'avere una malattia, mentre nel disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) i pensieri sono intrusivi e solitamente incentrati sul timore di contrarre una malattia in futuro. La maggior parte degli individui con DOC hanno ossessioni o compulsioni che implicano altre preoccupazioni, oltre ai timori di contrarre una malattia. Nel disturbo di dismorfismo corporeo, le preoccupazioni sono limitate all'aspetto fisico dell'individuo, che viene considerato difettoso o imperfetto.

Disturbo depressivo maggiore. Alcuni individui con un episodio depressivo maggiore rimuginano sulla loro salute e si preoccupano eccessivamente delle malattie. Se ciò avviene soltanto durante un episodio di disturbo depressivo maggiore non viene posta un'ulteriore diagnosi di disturbo da ansia di malattia. Tuttavia, se l'eccessiva preoccupazione per la malattia persiste dopo la remissione di un episodio di depressione maggiore, dovrebbe essere presa in considerazione la diagnosi di disturbo da ansia di malattia.

Disturbi psicotici. Gli individui con disturbo da ansia di malattia non sono deliranti e possono ammettere la possibilità che la malattia temuta non sia presente. Le loro idee

non raggiungono la rigidità e l'intensità riscontrate nei deliri somatici che si verificano nei disturbi psicotici (per es., schizofrenia; disturbo delirante, tipo somatico; disturbo depressivo maggiore, con caratteristiche psicotiche). I veri deliri somatici sono generalmente più bizzarri (per es., credere che un organo sia marcio o morto) rispetto alle preoccupazioni presenti nel disturbo da ansia di malattia. Tali preoccupazioni, anche se non sono fondate, sono però plausibili.

Comorbilità

Poiché il disturbo da ansia di malattia è un disturbo nuovo, non se ne conosce l'esatta comorbilità. L'ipocondria è concomitante con i disturbi d'ansia (in particolare, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico e DOC) e con i disturbi depressivi. Circa due terzi degli individui con disturbo da ansia di malattia possono avere comorbilità con almeno un altro disturbo mentale maggiore. Gli individui con disturbo da ansia di malattia possono avere un elevato rischio per il disturbo da sintomi somatici e i disturbi di personalità.

Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali)

Criteri diagnostici

A. Uno o più sintomi di alterazione della funzione motoria volontaria o sensoriale.

B. I risultati clinici forniscono le prove dell'incompatibilità tra il sintomo e le condizioni neurologiche o mediche conosciute.

C. Il sintomo o il deficit non sono meglio spiegati da un altro disturbo medico o mentale.

D. Il sintomo o il deficit causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, oppure richiedono una valutazione medica.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM per il disturbo di conversione è **300.11**, assegnato indipendentemente dal tipo di sintomo. Il codice ICD-10-CM dipende dal tipo di sintomo (si veda sotto).

Specificare il tipo di sintomi:

(F44.4) Con debolezza o paralisi

(F44.4) Con movimento anomalo (per es., tremore, movimenti distonici, mioclono, disturbi della deambulazione)

(F44.4) Con sintomi riguardanti la deglutizione

(F44.4) Con sintomi riguardanti l'eloquio (per es., disfonia, biascicamento)

(F44.5) Con attacchi epilettiformi o convulsioni

(F44.6) Con anestesia o perdita di sensibilità

(F44.6) Con sintomi sensoriali specifici (per es., problemi visivi, olfattivi o uditivi)

(F44.7) Con sintomi misti

Specificare se:

Episodio acuto: I sintomi sono presenti per meno di 6 mesi.

Persistente: I sintomi si verificano per 6 mesi o più.

Specificare se:

Con fattore psicologico stressante (*specificare il fattore stressante*)

Senza fattore psicologico stressante

Caratteristiche diagnostiche

Molti medici utilizzano alternativamente le definizioni di "funzionale" (riferendosi al funzionamento anomalo del sistema nervoso centrale) o "psicogeno" (riferendosi a un'eziologia presunta tale) per descrivere i sintomi del disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali). Nel disturbo di conversione possono essere presenti uno o più sintomi di vario tipo. I sintomi motori comprendono debolezza o paralisi; movimenti anomali, come tremori o movimenti distonici; anomalie della deambulazione e postura anormale degli arti. I sintomi sensoriali sono sensibilità tattile, visiva o uditiva alterata, ridotta o assente. Episodi di anormale e generalizzato tremore agli arti con apparente compromissione o perdita di coscienza possono assomigliare a crisi epilettiche (chiamate anche *psicogene* o *convulsioni non epilettiche*). Ci possono essere episodi di insensibilità agli stimoli simili alla sincope o al coma. Altri sintomi includono un ridotto o assente volume della voce (disfonia/afonia), un'articolazione alterata (disartria), una sensazione di nodo alla gola (globus) e diplopia.

Anche se la diagnosi richiede che il sintomo non sia spiegato da malattie neurologiche, non dovrebbe essere posta solo perché i risultati delle indagini sono normali o perché il sintomo è "bizzarro". Ci devono essere dati clinici che provino chiaramente l'incompatibilità con una malattia neurologica. L'incoerenza interna all'esame è un modo per dimostrare tale incompatibilità (cioè la dimostrazione che la positività dei segni fisici stimolata attraverso un metodo di esame scompare quando si utilizza una diversa modalità d'indagine). Esempi dei risultati di tali esami comprendono:

- Il segno di Hoover, in cui la debolezza di estensione dell'anca torna ad avere forza normale con la flessione, contro resistenza, dell'anca controlaterale.
- Marcata debolezza della caviglia durante il test di flessione plantare eseguito sul lettino in un individuo che è in grado di camminare in punta di piedi.
- Risultati positivi nel test di "trascinamento del tremore". In questa prova, un tremore unilaterale può essere identificato come funzionale se esso cambia quando l'individuo viene distratto da esso. Ciò può essere osservato se all'individuo viene chiesto di imitare l'esaminatore nel fare un movimento ritmico con la mano normale e questo fa sì che il tremore funzionale cambi, nel senso che imiti o venga "trascinato" dal ritmo della mano normale, o scompaia del tutto, o non conservi più il proprio ritmo originale.
- Negli attacchi che assomigliano all'epilessia o alla sincope (attacchi non epilettici "psicogeni"), la resistenza all'apertura delle palpebre chiuse o un normale elettroencefalogramma effettuato durante l'attacco (anche se questo da solo non esclude tutte le forme di epilessia o sincope).
- Per i sintomi visivi, un campo visivo tubolare (cioè visione a tunnel).

È importante notare che la diagnosi di disturbo di conversione dovrebbe essere basata sul quadro clinico generale e non su un singolo dato clinico.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Un certo numero di caratteristiche associate possono supportare la diagnosi di disturbo di conversione. Ci può essere una storia di molteplici sintomi somatici simili. L'esordio può essere associato a stress o trauma, psicologico o di natura fisica. La potenziale rilevanza eziologica di detto stress o trauma può essere suggerita da una stretta relazione temporale. Tuttavia, anche se la valutazione dello stress e del trauma è importante, non ci si dovrebbe astenere dal porre la diagnosi se non è possibile individuare detti fattori.

Il disturbo di conversione è spesso associato a sintomi dissociativi, come depersonalizzazione, derealizzazione e amnesia dissociativa, in particolare all'insorgenza dei sintomi o durante gli attacchi.

La diagnosi di disturbo di conversione non richiede la certezza che i sintomi non siano prodotti intenzionalmente (cioè non simulati), dal momento che potrebbe non essere possibile accertare definitivamente l'assenza di simulazione. Al disturbo di conversione è stato associato il fenomeno detto *la belle indifférence* (cioè la mancanza di preoccupazione rispetto alla natura e alle implicazioni del sintomo), ma esso non è specifico di tale disturbo e non dovrebbe essere utilizzato per porre la diagnosi. Analogamente, il concetto di *vantaggio secondario* (cioè quando gli individui traggono benefici esterni, come denaro o esonero da responsabilità) non è specifico del disturbo di conversione e in particolare, di fronte a una prova definitiva della finzione, dovrebbero essere invece considerate diagnosi che includono il disturbo fittizio o la simulazione di malattia (per questo disturbo si veda il paragrafo "Diagnosi differenziale").

Prevalenza

Sintomi transitori di conversione sono comuni, ma l'esatta prevalenza del disturbo è sconosciuta. Questo dipende in parte dal fatto che la diagnosi richiede una valutazione diagnostica in ambiente specialistico, dove è identificato in circa il 5% degli individui che si rivolgono a una clinica neurologica. L'incidenza dei sintomi di conversione persistenti individuali è stimata essere 2-5/100.000 per anno.

Sviluppo e decorso

L'esordio è stato riscontrato a qualsiasi età, mentre il maggior numero di attacchi "non epilettici" si verifica nella terza decade e i sintomi motori hanno il loro picco di insorgenza nella quarta decade. I sintomi possono essere transitori o persistenti. La prognosi può essere migliore nei bambini più piccoli che in adolescenti e adulti.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Tratti di personalità disadattivi sono comunemente associati al disturbo di conversione.

Fattori ambientali. Ci può essere una storia di abuso infantile e di trascuratezza. Sono spesso presenti, ma non sempre, eventi di vita stressanti.

Fattori genetici e fisiologici. La presenza di una malattia neurologica che provoca sintomi simili è un fattore di rischio (per es., le convulsioni "non epilettiche" sono più comuni nei pazienti che hanno anche l'epilessia).

Modificatori del decorso. La breve durata dei sintomi e l'accettazione della diagnosi sono fattori prognostici positivi. Tratti disadattivi di personalità, la presenza di una malattia fisica in comorbilità e l'ottenimento di una pensione di invalidità possono essere fattori prognostici negativi.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Cambiamenti che richiamano i sintomi di conversione (e dissociativi) sono comuni in certi rituali culturalmente codificati. Se i sintomi sono completamente spiegati dal particolare contesto culturale e non provocano disagio clinicamente significativo o disabilità, allora non viene posta la diagnosi di disturbo di conversione.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il disturbo di conversione è 2-3 volte più comune nelle femmine.

Conseguenze funzionali del disturbo di conversione

Gli individui con sintomi di conversione possono presentare notevoli disabilità. La gravità di tali deficit può essere simile a quella sperimentata da individui con malattie mediche paragonabili.

Diagnosi differenziale

Se un altro disturbo mentale spiega meglio i sintomi, allora è questo che dovrebbe essere diagnosticato. Tuttavia, la diagnosi di disturbo di conversione può essere effettuata in presenza di un altro disturbo mentale.

Malattia neurologica. La principale diagnosi differenziale è la malattia neurologica che potrebbe spiegare meglio i sintomi. Dopo una valutazione neurologica approfondita, raramente al follow-up si riscontra una malattia neurologica inaspettata che provoca i sintomi. Tuttavia, se i sintomi sembrano essere progressivi, può essere necessario rivalutarli. Il disturbo di conversione può coesistere con una malattia neurologica.

Disturbo da sintomi somatici. Il disturbo di conversione può essere diagnosticato in aggiunta al disturbo da sintomi somatici. La maggior parte dei sintomi somatici riscontrati nel disturbo da sintomi somatici non può essere dimostrata come chiaramente incompatibile con la fisiopatologia (per es., dolore, spossatezza), mentre nel disturbo di conversione è necessaria tale incompatibilità per la diagnosi. I pensieri, sentimenti e comportamenti eccessivi che caratterizzano il disturbo da sintomi somatici sono spesso assenti nel disturbo di conversione.

Disturbo fittizio e simulazione di malattia. La diagnosi di disturbo di conversione non richiede la certezza che i sintomi *non* siano prodotti intenzionalmente (cioè non simulati), poiché la valutazione dell'intenzione consapevole non è attendibile. Tuttavia, una prova definitiva della finzione (per es., prova evidente che la perdita di funzione è presente durante l'esame ma non a casa) suggerirebbe una diagnosi di disturbo fittizio se lo scopo apparente dell'individuo è assumere il ruolo di malato o simulare una malattia con l'obiettivo di ottenere un vantaggio, come del denaro.

Disturbi dissociativi. Sintomi dissociativi sono comuni negli individui con disturbo di conversione. Se sono presenti sia il disturbo di conversione sia quello dissociativo, devono essere poste entrambe le diagnosi.

Disturbo di dismorfismo corporeo. Gli individui con disturbo di dismorfismo corporeo sono eccessivamente preoccupati per un difetto percepito nelle loro caratteristiche fisiche, ma non lamentano sintomi di malfunzionamento sensoriale o motorio nella parte del corpo colpita.

Disturbi depressivi. Nei disturbi depressivi gli individui possono riferire un diffuso senso di pesantezza agli arti, mentre la debolezza del disturbo di conversione è più focalizzata ed evidente. I disturbi depressivi si differenziano anche per la presenza dei principali sintomi depressivi.

Disturbo di panico. Sintomi neurologici episodici (per es., tremori e parestesie) possono verificarsi sia nel disturbo di conversione sia negli attacchi di panico. In questi ultimi, i sintomi neurologici sono tipicamente transitori ed episodici, con una caratte-

ristica sintomatologia cardiorespiratoria. Nel corso degli attacchi "non epilettici", ma non di quelli di panico, si verificano una perdita di coscienza con amnesia e violenti movimenti degli arti.

Comorbilità

Disturbi d'ansia, in particolare il disturbo di panico, e disturbi depressivi coesistono comunemente con il disturbo di conversione. Lo stesso avviene per il disturbo da sintomi somatici. Sono rari psicosi, disturbi da uso di sostanze e abuso di alcol. I disturbi di personalità sono più frequenti negli individui con disturbo di conversione rispetto alla popolazione generale. Solitamente, con il disturbo di conversione coesistono anche condizioni mediche neurologiche o di altro genere.

Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche 316 (F54)

Criteri diagnostici

A. È presente un sintomo o una condizione medica (diversa da un disturbo mentale).

B. Fattori psicologici o comportamentali influenzano negativamente la condizione medica in uno dei seguenti modi:

1. I fattori hanno influenzato il decorso della condizione medica, come dimostrato da una stretta relazione temporale tra i fattori psicologici e l'insorgenza, o l'aggravamento, della condizione medica, o la sua ritardata guarigione.
2. I fattori interferiscono con il trattamento della condizione medica (per es., scarsa aderenza).
3. I fattori costituiscono ulteriori rischi accertati per la salute dell'individuo.
4. I fattori influenzano la fisiopatologia sottostante, scatenando o aggravando i sintomi, o sollecitando attenzione medica.

C. I fattori psicologici e comportamentali del Criterio B non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo di panico, disturbo depressivo maggiore, disturbo da stress post-traumatico).

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Aumenta il rischio medico (per es., scarsa aderenza a una terapia antipertensiva).

Moderata: Aggrava la condizione medica sottostante (per es., l'ansia peggiora l'asma).

Grave: Conduce a un ricovero ospedaliero o a una visita di pronto soccorso.

Estrema: Mette gravemente in pericolo la vita dell'individuo (per es., ignorare i sintomi di un attacco cardiaco).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dei fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche è la presenza di uno o più fattori psicologici o comportamentali clinicamente significativi che influenzano negativamente una condizione medica, aumentando il rischio di sofferenza, morte o disabilità (Criterio B). Questi fattori possono influenzare negativamente la condizione medica incidendo sul suo decorso o trattamento, costituendo un ulteriore rischio accertato per la salute, o agendo sulla fisiopatologia sottostante scatenando o aggravando i sintomi, o sollecitando attenzione medica.

I fattori psicologici o comportamentali comprendono disagio psicologico, pattern di interazione interpersonale, stili di coping e comportamenti disadattivi per la salute, come la negazione dei sintomi o la scarsa aderenza alle prescrizioni mediche. Esempi clinici comuni sono l'ansia che aggrava l'asma, la negazione della necessità di trattamento per il dolore toracico acuto e la manipolazione dell'insulina da parte di un individuo affetto da diabete che desidera perdere peso. È stato dimostrato che molti fattori psicologici diversi influenzano negativamente le condizioni mediche: per esempio, sintomi di depressione o ansia, eventi di vita stressanti, stile di relazione, tratti di personalità e stili di coping. Gli effetti avversi possono variare da acuti, con conseguenze mediche immediate (per es., la cardiomiopatia di Takotsubo), a cronici, che si verificano nel corso di un lungo arco di tempo (per es., lo stress professionale cronico che aumenta il rischio di ipertensione). Le condizioni mediche influenzate possono essere quelle con una chiara fisiopatologia (per es., diabete, cancro, malattia coronarica), sindromi funzionali (per es., emicrania, sindrome del colon irritabile, fibromialgia) o sintomi clinici idiopatici (per es., dolore, spossatezza, vertigini).

Questa diagnosi dovrebbe essere riservata ai casi in cui l'effetto del fattore psicologico sulla condizione medica è evidente e il fattore psicologico ha effetti clinicamente significativi sul decorso o sull'esito della condizione medica. I sintomi psicologici o comportamentali anomali che si sviluppano in risposta a una condizione medica sono più propriamente codificati come un disturbo dell'adattamento (una risposta psicologica clinicamente significativa a un fattore stressante identificabile). Sono necessarie prove ragionevoli per suggerire un'associazione tra i fattori psicologici e la condizione medica, anche se spesso non è possibile dimostrare la causalità diretta o i meccanismi alla base di detto rapporto.

Prevalenza

La prevalenza dei fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche non è chiara. Nei dati di fatturazione delle assicurazioni private degli Stati Uniti è una diagnosi più comune di quella di disturbo da sintomi somatici.

Sviluppo e decorso

I fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche possono presentarsi a qualsiasi età. In particolare con i bambini più piccoli, le testimonianze dei genitori o del personale scolastico possono aiutare la valutazione diagnostica. Alcune condizioni sono caratteristiche di particolari fasi della vita (per es., negli individui più anziani, lo stress associato all'accudimento di un coniuge o di un partner malato).

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Numerose differenze culturali possono influenzare i fattori psicologici e i loro effetti sulle condizioni mediche, come quelle riguardanti la lingua e lo stile di comunicazione, i modelli esplicativi della malattia, le modalità di richiesta di assistenza sanitaria, la disponibilità e l'organizzazione dei servizi, il rapporto medico-paziente e le altre pratiche di cura, i ruoli familiari e di genere, e l'atteggiamento verso la sofferenza e la morte. I fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche devono essere differenziati da comportamenti culturalmente specifici, come il ricorso alla fede o a guaritori spirituali o altre varianti nella gestione della malattia, che sono accettabili all'interno di una cultura e rappresentano un tentativo di alleviare la condizione medica piuttosto che di interferire con essa. Queste pratiche locali possono integrare piuttosto che

ostacolare le cure scientificamente provate. Se esse non influenzano negativamente gli esiti, non dovrebbero essere patologizzate come fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche.

Conseguenze funzionali dei fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche

È stato dimostrato che i fattori psicologici e comportamentali influenzano il decorso di molte malattie mediche.

Diagnosi differenziale

Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica. Un'associazione temporale tra i sintomi di un disturbo mentale e quelli di una condizione medica è caratteristica anche di un disturbo mentale dovuto ad altra condizione medica, ma la presunta causalità va nella direzione opposta. In un disturbo mentale dovuto ad altra condizione medica si ritiene che la condizione medica provochi il disturbo mentale attraverso un meccanismo fisiologico diretto. Nel caso di fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche si ritiene che siano i fattori psicologici o comportamentali a influenzare il decorso della condizione medica.

Disturbi dell'adattamento. Sintomi psicologici o comportamentali anomali che si sviluppano in risposta a una condizione medica vengono codificati più propriamente come un disturbo dell'adattamento (una risposta psicologica clinicamente significativa a un fattore stressante identificabile). Per esempio, un individuo con un'angina che si scatena ogni volta che si arrabbia verrebbe diagnosticato come sofferente di fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche, mentre a un individuo con angina che ha sviluppato un'ansia anticipatoria disadattiva verrebbe diagnosticato un disturbo dell'adattamento accompagnato da ansia. Tuttavia, nella pratica clinica, spesso i fattori psicologici e una condizione medica si aggravano reciprocamente (per es., l'ansia è sia un fattore scatenante sia una conseguenza dell'angina), nel qual caso la distinzione è arbitraria. Altri disturbi mentali sono frequentemente dovuti a complicazioni mediche, in particolare i disturbi da uso di sostanze (per es., disturbo da uso di alcol, disturbo da uso di tabacco). Se un individuo ha un concomitante disturbo mentale grave che influenza negativamente o provoca un'altra condizione medica, la diagnosi del disturbo mentale e della condizione medica sono in genere sufficienti. Viene posta una diagnosi di fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche quando i tratti psicologici o i comportamenti non soddisfano i criteri per una diagnosi di disturbo mentale.

Disturbo da sintomi somatici. Il disturbo da sintomi somatici è caratterizzato da una combinazione di sintomi somatici che provocano disagio e pensieri, sentimenti e comportamenti eccessivi o disadattivi in risposta a tali sintomi o associate preoccupazioni per la salute. L'individuo può soffrire o meno di una condizione medica diagnosticabile. Al contrario, nel caso di fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche, i fattori psicologici incidono negativamente su una reale condizione medica; i pensieri, i sentimenti e il comportamento dell'individuo non sono necessariamente eccessivi. Si tratta di una differenza di enfasi, piuttosto che di una netta distinzione. Nel caso di fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche, l'enfasi è posta sull'aggravamento della condizione medica (per es., un individuo con un'angina che si scatena ogni volta che diventa ansioso). Nel disturbo da sintomi somatici l'enfasi è posta su pensieri, sentimenti e comportamento disadattivo (per es., un individuo con angina che si preoccupa costantemente di essere in procinto di avere un attacco di cuore, si misura la pressione sanguigna più volte al giorno e limita le sue attività).

Disturbo da ansia di malattia. Il disturbo da ansia di malattia è caratterizzato da un'elevata ansia di malattia, che provoca disagio e/o causa alterazioni significative della vita quotidiana, accompagnata da sintomi somatici minimi. Il fulcro di interesse clinico è la preoccupazione dell'individuo di avere una malattia; nella maggior parte dei casi non è presente nessuna malattia grave. Nel caso di fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche, l'ansia può essere un importante fattore psicologico che influenza una condizione medica, ma è la preoccupazione clinica ad avere effetti negativi sulla condizione medica.

Comorbilità

Per definizione, la diagnosi di fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche comporta la concomitanza tra una grave sindrome psicologica, comportamentale o di tratto e una condizione medica.

Disturbo fittizio 300.19 (F68.10)

Criteri diagnostici

Disturbo fittizio provocato a sé

A. Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, o autoinduzione di un infortunio o di una malattia, associato a un inganno accertato.

B. L'individuo presenta se stesso agli altri come malato, menomato o ferito.

C. Il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni.

D. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, come il disturbo delirante o un altro disturbo psicotico.

Specificare:

Episodio singolo

Episodi ricorrenti (due o più eventi di simulazione di malattia e/o autoinduzione di lesioni)

Disturbo fittizio provocato ad altri (precedentemente, disturbo fittizio per procura)

A. Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, o induzione di un infortunio o di una malattia in un altro individuo, associato a un inganno accertato.

B. L'individuo presenta un'altra persona (vittima) agli altri come malata, menomata o ferita.

C. Il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni.

D. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, come il disturbo delirante o un altro disturbo psicotico.

Nota: È il perpetratore, non la vittima, a ricevere questa diagnosi.

Specificare:

Episodio singolo

Episodi ricorrenti (due o più eventi di simulazione di malattia e/o induzione di lesioni)

Procedure di registrazione

Quando un individuo simula la malattia in un altro (per es., bambini, adulti, animali domestici), la diagnosi è quella di disturbo fittizio provocato ad altri. È il perpetratore, non la vittima, a ricevere questa diagnosi. Alla vittima può essere assegnata quella di abuso (per es., 995.54 [T74.12X], si veda il capitolo "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica").

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo fittizio è la simulazione, in se stessi o in altri, di segni e sintomi medici o psicologici che sono associati a un inganno accertato. Gli individui con disturbo fittizio possono anche richiedere una cura per sé o per un'altra persona dopo aver deliberatamente procurato un infortunio o una malattia. La diagnosi richiede la dimostrazione che l'individuo sta volontariamente contraffacendo, simulando o causando segni o sintomi di malattia o infortunio in assenza di evidenti vantaggi esterni. Tra i metodi di contraffazione di una malattia possono esserci l'esagerazione, l'invenzione, la simulazione e l'induzione. Anche se può esserci una condizione medica preesistente, il comportamento ingannevole o l'induzione di lesioni associati all'inganno portano gli altri a considerare tali individui (o un altro) come più malati o menomati di quanto non siano, e ciò può portare a un intervento clinico eccessivo. Gli individui con disturbo fittizio potrebbero, per esempio, riferire di sentirsi depressi e avere intenzioni suicide dopo la morte di un coniuge, nonostante la morte non sia vera o l'individuo non sia nemmeno sposato; segnalare episodi falsi di sintomi neurologici (per es., convulsioni, vertigini o svenimenti); contraffare un test di laboratorio (per es., aggiungendo sangue alle urine) per far rilevare una falsa anomalia; falsificare cartelle cliniche per suggerire una malattia; ingerire una sostanza (per es., insulina o warfarin) per indurre un risultato di laboratorio anomalo o una malattia; procurare lesioni fisiche o indurre una malattia in sé o in un altro (per es., mediante iniezione di materiale fecale per provocare un ascesso o per indurre sepsi).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo fittizio provocato a sé o disturbo fittizio provocato ad altri sono a rischio di vivere un grande disagio psicologico o subire una compromissione funzionale, provocando danni a se stessi o ad altri. Anche familiari, amici e operatori sanitari sono spesso influenzati negativamente dal loro comportamento. I disturbi fittizi hanno somiglianze con i disturbi da uso di sostanze, i disturbi dell'alimentazione e i disturbi del controllo degli impulsi, disturbo pedofilico e alcuni altri disturbi accertati legati sia alla persistenza del comportamento disturbato sia agli sforzi intenzionali di nascondere con l'inganno tale comportamento. Laddove alcuni aspetti dei disturbi fittizi potrebbero costituire un comportamento criminale (per es., disturbo fittizio provocato ad altri, in cui le azioni del genitore portano all'abuso e al maltrattamento di un bambino), questo comportamento criminale e la malattia mentale non si escludono a vicenda. La diagnosi di disturbo fittizio sottolinea la scoperta oggettiva di una falsificazione di segni e sintomi di malattia, piuttosto che una deduzione riguardante l'intenzione o la possibile motivazione di fondo. Inoltre, tali comportamenti, compresa l'induzione di lesioni o malattie, sono associati all'inganno.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo fittizio è sconosciuta, probabilmente a causa del ruolo svolto dall'inganno in questa popolazione. Tra i pazienti in ambito ospedaliero, si stima che circa l'1% degli individui abbia manifestazioni che soddisfano i criteri per il disturbo fittizio.

Sviluppo e decorso

Il decorso del disturbo fittizio è solitamente caratterizzato da episodi intermittenti. Episodi singoli ed episodi caratterizzati dalla persistenza e dalla continuità sono meno comuni. L'esordio avviene solitamente nella prima età adulta, spesso dopo il ricovero per una condizione medica o un disturbo mentale. Quando è imposto a un altro, il disturbo può iniziare dopo il ricovero di un figlio o di un'altra persona dipendente dall'individuo. Negli individui con episodi ricorrenti di falsificazione di segni e sintomi di malattia e/o induzione di lesioni, questo pattern continuativo di rapporto ingannevole con il personale medico, anche durante i ricoveri, può diventare permanente.

Diagnosi differenziale

Caregiver che mentono sulle lesioni causate sulle persone di cui si occupano unicamente per non assumersene la responsabilità non vengono diagnosticati con il disturbo fittizio provocato ad altri, perché evitare delle responsabilità è un vantaggio esterno (Criterio C, il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni). I caregiver che, dopo l'osservazione, l'analisi delle cartelle cliniche e/o le testimonianze di altri, vengono scoperti a mentire più di quanto sarebbe necessario per la propria immediata protezione, vengono diagnosticati con disturbo fittizio provocato ad altri.

Disturbo da sintomi somatici. Nel disturbo da sintomi somatici possono essere presenti attenzione e richiesta di cura eccessive per problemi medici percepiti, ma non vi è alcuna prova che l'individuo stia fornendo informazioni false o si stia comportando in modo ingannevole.

Simulazione di malattia. La simulazione si differenzia dal disturbo fittizio per l'intenzionale segnalazione di sintomi finalizzata al vantaggio personale (per es., denaro, congedo per malattia). Al contrario, la diagnosi di disturbo fittizio richiede l'assenza di vantaggi evidenti.

Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali). Il disturbo di conversione è caratterizzato da sintomi neurologici che non sono coerenti con la fisiopatologia neurologica. Il disturbo fittizio con sintomi neurologici si distingue dal disturbo di conversione quando c'è la prova della contraffazione ingannevole dei sintomi.

Disturbo borderline di personalità. Un deliberato autolesionismo fisico in assenza di intenti suicidi può verificarsi anche in associazione ad altri disturbi mentali come il disturbo borderline di personalità. Il disturbo fittizio richiede che l'induzione della lesione si verifichi in associazione all'inganno.

Condizioni mediche o disturbi mentali non associati a falsificazione intenzionale dei sintomi. Manifestare segni e sintomi di malattia che non sono conformi a una condizione medica identificabile o a un disturbo mentale aumenta la probabilità della presenza di un disturbo fittizio. Tuttavia, la diagnosi di disturbo fittizio non esclude la presenza di una vera patologia o di un disturbo mentale, dato che negli individui con disturbo

fittizio si verificano spesso malattie in comorbilità. Per esempio, coloro che potrebbero manipolare i livelli di zucchero nel sangue per produrre dei sintomi possono avere davvero il diabete.

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione 300.89 (F45.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica del disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati.

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" comprendono i seguenti:

1. **Disturbo da sintomi somatici breve:** La durata dei sintomi è inferiore a 6 mesi.
2. **Disturbo da ansia di malattia breve:** La durata dei sintomi è inferiore a 6 mesi.
3. **Disturbo da ansia di malattia senza eccessivi comportamenti di malattia:** Non viene soddisfatto il Criterio D per il disturbo da ansia di malattia.
4. **Pseudociesi:** Un'erronea convinzione di essere incinta, associata a segni obiettivi e sintomi riferiti di gravidanza.

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione 300.82 (F45.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica del disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati. La categoria disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione non dovrebbe essere usata, a meno che non ci siano situazioni decisamente insolite in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti l'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale. Sono forniti criteri diagnostici per la pica, il disturbo da ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating.

I criteri diagnostici per il disturbo da ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating esitano in uno schema di classificazione reciprocamente esclusivo, di modo che durante un singolo episodio è possibile porre solamente una diagnosi. Il razionale di questo approccio è che, nonostante un certo numero di caratteristiche comportamentali e psicologiche siano comuni, i disturbi differiscono sostanzialmente per decorso clinico, esito e necessità di trattamento. Una diagnosi di pica può tuttavia essere posta in presenza di qualunque altro disturbo della nutrizione e dell'alimentazione.

Alcuni individui portatori dei disturbi descritti in questo capitolo riportano sintomi correlati all'alimentazione simili a quelli tipicamente manifestati da parte di chi ha un disturbo da uso di sostanze, come desiderio incontrollato e pattern di consumo compulsivo. Questa somiglianza può riflettere il coinvolgimento degli stessi circuiti neuronali, fra cui quelli implicati nella regolazione dell'autocontrollo e ricompensa, in entrambi i gruppi di disturbi. Tuttavia, i contributi relativi dei fattori condivisi e di quelli distinti nello sviluppo e nella perpetuazione dei disturbi dell'alimentazione e da uso di sostanze rimangono non sufficientemente chiariti.

Infine, l'obesità non è inclusa nel DSM-5 come un disturbo mentale. L'obesità (eccesso di grasso corporeo) è il risultato di un introito di calorie continuato nel tempo ed eccessivo rispetto al consumo individuale. Una serie di fattori genetici, fisiologici, comportamentali e ambientali, che variano tra gli individui, contribuisce allo sviluppo dell'obesità, quindi l'obesità non è considerata un disturbo mentale. Esistono, tuttavia, forti associazioni tra l'obesità e un certo numero di disturbi mentali (per es., disturbo da binge-eating, disturbo depressivo e disturbo bipolare, schizofrenia).

Gli effetti collaterali di alcuni farmaci psicotropi contribuiscono in modo importante allo sviluppo dell'obesità, e quest'ultima può essere un fattore di rischio per lo sviluppo di alcuni disturbi mentali (per es., disturbi depressivi).

Pica

Criteri diagnostici

A. Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno 1 mese.

B. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.

C. Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.

D. Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo], disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) o di un'altra condizione medica, è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Note di codifica: Il codice ICD-9-CM per la pica è **307.52** ed è utilizzato per bambini o adulti. I codici ICD-10-CM per la pica sono (**F98.3**) nei bambini e (**F50.8**) negli adulti.

Specificare se:

In remissione: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la pica, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale della pica è la persistente ingestione di una o più sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno 1 mese (Criterio A), che risulti sufficientemente grave da giustificare attenzione clinica. Di solito le sostanze ingerite tendono a variare con l'età dell'individuo e con la disponibilità delle sostanze stesse, e possono comprendere carta, sapone, stoffa, capelli, lana, terra, gesso, talco in polvere, vernice, gomma, metallo, ciottoli, carbone, cenere, creta, amido o ghiaccio. È stato incluso il termine *non commestibile* perché la diagnosi di pica non viene applicata all'ingestione di prodotti dietetici che hanno un apporto calorico minimo. Solitamente non vi è avversione per il cibo in generale. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili deve essere inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo (Criterio B) e non deve far parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata (Criterio C). È stato suggerito un minimo di 2 anni per una diagnosi di pica al fine di escludere quel gesto, evolutivamente fisiologico, di portare alla bocca oggetti che possono essere ingeriti. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili può essere una manifestazione associata ad altri disturbi mentali (per es., disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo], disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia). Se il comportamento di ingestione si manifesta esclusivamente nel contesto di un altro disturbo mentale, si dovrebbe porre una diagnosi separata di pica solo se il comportamento di ingestione è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica (Criterio D).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Sebbene in alcuni casi siano stati riferiti deficit di vitamine o di sali minerali (per es., zinco, ferro), spesso non si riscontrano anomalie biologiche specifiche. In alcuni casi, la pica giunge all'attenzione clinica solo in seguito a complicazioni mediche generali (per es., problemi meccanici all'intestino; ostruzione intestinale come conseguenza di bezoario; perforazione intestinale; infezioni come toxoplasmosi o toxocariasi conseguenti all'ingestione di feci o sporcizia; avvelenamento conseguente all'ingestione di vernice a base di piombo).

Prevalenza

I tassi di prevalenza della pica non sono chiari. Tra gli individui con disabilità intellettiva, la prevalenza del disturbo sembra aumentare con la gravità della condizione.

Sviluppo e decorso

L'esordio della pica può verificarsi in età infantile, in adolescenza oppure in età adulta, nonostante sia riportato più comunemente l'esordio in età infantile. La pica può verificarsi in bambini con sviluppo altrimenti normale, mentre negli adulti sembra verificarsi con maggiore probabilità in un contesto di disabilità intellettiva o di altri disturbi mentali. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili può manifestarsi anche durante la gravidanza, quando possono insorgere desideri incontrollati specifici (per es., gesso o ghiaccio). La diagnosi di pica, durante la gravidanza, risulta appropriata solo se tali desideri incontrollati portano all'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili nella misura in cui l'ingestione di tali sostanze costituisce un potenziale rischio medico. Il decorso del disturbo può essere protratto e provocare emergenze mediche (per es., ostruzione intestinale, forte perdita di peso, avvelenamento). In base alle sostanze ingerite, il disturbo può essere potenzialmente fatale.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. L'abbandono, la mancanza di controllo e il ritardo dello sviluppo possono aumentare il rischio di questa condizione.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

In alcune popolazioni, mangiare terra o altre sostanze senza contenuto alimentare può avere un valore spirituale, medico o sociale, o essere ritenuta una pratica culturalmente sancita o socialmente normata. Tale comportamento non giustifica una diagnosi di pica (Criterio C).

Aspetti diagnostici correlati al genere

La pica si riscontra sia nei maschi sia nelle femmine. Si riscontra nelle femmine durante la gravidanza; tuttavia si sa poco riguardo al decorso della pica nel periodo *post partum*.

Marker diagnostici

La radiografia addominale, gli ultrasuoni e altri metodi di visualizzazione possono rivelare ostruzioni correlate alla pica. Analisi del sangue e altri esami di laboratorio possono essere utilizzati per accertare i livelli di avvelenamento o la natura dell'infezione.

Conseguenze funzionali della pica

La pica può compromettere in modo significativo il funzionamento fisico, ma raramente è la sola causa di compromissione del funzionamento sociale. La pica si verifica spesso insieme ad altri disturbi associati alla compromissione del funzionamento sociale.

Diagnosi differenziale

L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili può manifestarsi durante il decorso di altri disturbi mentali (per es., disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) e nella sindrome di Kleine-Levin. In questi casi si dovrebbe porre una diagnosi aggiuntiva di pica solo se il comportamento di ingestione è sufficientemente persistente e grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Anoressia nervosa. La pica può essere distinta dagli altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in base al consumo di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili. È importante notare, tuttavia, che alcune manifestazioni dell'anoressia nervosa comprendono l'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, come fazzoletti di carta, quale mezzo per tentare di controllare l'appetito. In questi casi, se l'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili è utilizzata primariamente come mezzo per controllare il peso, allora la diagnosi primaria dovrebbe essere quella di anoressia nervosa.

Disturbo fittizio. Alcuni individui con disturbo fittizio possono ingerire intenzionalmente oggetti estranei come parte del pattern di falsificazione di sintomi fisici. In questi casi, vi è un elemento di inganno coerente con l'induzione intenzionale di lesioni o malattie.

Autolesività senza intenti suicidari e comportamenti autolesivi senza intenti suicidari nei disturbi di personalità. Alcuni individui possono deglutire oggetti potenzialmente dannosi (per es., spilli, aghi, coltelli) all'interno di un contesto di pattern comportamentali disadattivi associati a disturbi di personalità oppure ad autolesività senza intenti suicidari.

Comorbilità

I disturbi più comunemente in comorbilità con la pica sono il disturbo dello spettro dell'autismo e la disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) e, in misura minore, schizofrenia e disturbo ossessivo-compulsivo. La pica può essere associata alla tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) e disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle). Nelle manifestazioni in comorbilità, i capelli o la pelle vengono solitamente ingeriti. La pica può anche essere associata a disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, soprattutto in individui con una forte componente sensoriale inerente alla loro sintomatologia. Qualora sia noto che un individuo è affetto da pica, la valutazione dovrebbe comprendere la considerazione della possibilità di complicazioni gastrointestinali, avvelenamento, infezioni e deficit nutrizionale.

Disturbo da ruminazione 307.53 (F98.21)

Criteri diagnostici

A. Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato.

B. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro).

C. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.

D. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo] oppure un altro disturbo del neurosviluppo), sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Specificare se:

In remissione: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da ruminazione, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale del disturbo da ruminazione è il ripetuto rigurgito del cibo dopo la nutrizione o l'alimentazione per un periodo di almeno 1 mese (Criterio A). Il cibo precedentemente ingerito, che può essere parzialmente digerito, è rigurgitato in bocca senza apparente nausea, involontari conati di vomito o disgusto. Il cibo può essere rimasticato e poi nuovamente sputato o inghiottito. Il rigurgito, nel disturbo da ruminazione, dovrebbe essere frequente, verificandosi almeno diverse volte a settimana, di solito ogni giorno. Il comportamento non è meglio spiegato da una condizione gastrointestinale associata o da un'altra condizione medica (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro) (Criterio B) e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (Criterio C). Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo], disturbo del neurosviluppo), devono essere sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica (Criterio D) e dovrebbero rappresentare un aspetto primario della manifestazione dell'individuo che richiede l'intervento. Il disturbo può essere diagnosticato lungo l'intero arco della vita, soprattutto in individui che hanno anche una disabilità intellettiva. Molti individui con disturbo da ruminazione possono essere osservati direttamente dal clinico mentre sono impegnati in quel comportamento. In altri casi la diagnosi può essere posta sulla base di dati riportati dall'individuo o da informazioni a sostegno da parte dei genitori o dei caregiver. Gli individui possono descrivere il proprio comportamento come abituale o al di fuori del loro controllo.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Neonati con disturbo da ruminazione mostrano una caratteristica posizione di stiramento e inarcamento della schiena con la testa gettata all'indietro, e fanno movimenti di suzione con la lingua. Danno l'impressione di trarre piacere da questa attività. Possono mostrarsi irritabili e affamati tra un episodio di rigurgito e l'altro. Perdita di peso e incapacità di conseguire gli aumenti ponderali previsti sono caratteristiche comuni nei bambini con disturbo da ruminazione. Sebbene il bambino abbia apparentemente fame e ingerisca notevoli quantità di cibo, soprattutto nei casi più gravi, quando il rigurgito segue immediatamente la nutrizione e il cibo rigurgitato è espulso, può manifestarsi malnutrizione. La malnutrizione può manifestarsi anche nei bambini più grandi e negli adulti, in particolare quando il rigurgito è accompagnato da restrizione nell'assunzione di cibo. Adolescenti e adulti possono tentare di mascherare il comportamento di rigurgito, mettendosi una mano sulla bocca o tossendo. Alcuni eviteranno di mangiare in pubblico, in quanto conoscono l'indesiderabilità sociale del comportamento. Questo può estendersi all'evitamento dell'alimentazione prima di una situazione sociale, come al lavoro o a scuola (per es., evitando la colazione perché potrebbe essere seguita da rigurgito).

Prevalenza

I dati di prevalenza per il disturbo da ruminazione non sono specifici, ma il disturbo risulta comunemente più presente in determinati gruppi, come negli individui con disabilità intellettiva.

Sviluppo e decorso

L'esordio del disturbo da ruminazione può avvenire durante la prima infanzia, l'infanzia, l'adolescenza o l'età adulta. L'età all'esordio nei bambini è tra i 3 e i 12 mesi. Negli individui in età infantile, il disturbo va frequentemente incontro a remissione spontanea, ma può protrarsi ed esitare in emergenze mediche (per es., malnutrizione grave). È potenzialmente letale, soprattutto nell'infanzia. Il disturbo da ruminazione può avere un decorso episodico oppure verificarsi in modo continuativo fino al trattamento. Nei neonati, così come in individui più grandi con disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) o altri disturbi del neurosviluppo, il rigurgito e il comportamento da ruminazione sembrano avere una funzione autocalmante e di autostimolazione, simile a quella di altri comportamenti motori ripetitivi, come lo sbattere la testa.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Problemi psicosociali come la mancanza di stimolazione, l'abbandono, situazioni di vita stressanti e problemi nella relazione genitori-bambino possono essere fattori predisponenti nei bambini piccolissimi e piccoli.

Conseguenze funzionali del disturbo da ruminazione

Malnutrizione secondaria al ripetuto rigurgito può essere associata a un ritardo nella crescita e avere un effetto negativo sullo sviluppo e sul potenziale di apprendimento. Alcuni individui più grandi, con disturbo da ruminazione, restringono deliberatamente l'assunzione di cibo a causa dell'indesiderabilità sociale del rigurgito. Per questo è possibile che essi presentino una perdita di peso o basso peso. In bambini più grandi, adolescenti e adulti, il funzionamento sociale ha più probabilità di essere influenzato negativamente.

Diagnosi differenziale

Condizioni gastrointestinali. È importante distinguere il rigurgito nel disturbo da ruminazione da altre condizioni caratterizzate da reflusso gastroesofageo o vomito. Condizioni come gastroparesi, stenosi del piloro, ernia iatale e sindrome di Sandifer nei neonati dovrebbero essere escluse attraverso esami fisici appropriati ed esami di laboratorio.

Anoressia nervosa e bulimia nervosa. A causa delle preoccupazioni circa l'aumento di peso, individui con anoressia nervosa e bulimia nervosa possono adottare la modalità del rigurgito con conseguente eliminazione del cibo come mezzo per smaltire le calorie ingerite.

Comorbilità

Il rigurgito associato alla ruminazione può verificarsi nel contesto di una condizione medica concomitante o di un altro disturbo mentale (per es., disturbo d'ansia generalizzata). Quando il rigurgito si verifica in questo contesto, la diagnosi di disturbo da ruminazione risulta appropriata solo se la gravità del disturbo eccede quella normalmente associata a tale condizione o disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica.

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo 307.59 (F50.8)

Criteri diagnostici

A. Un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (per es., apparente mancanza di interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazione relativa alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:

1. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto oppure una crescita discontinua nei bambini).
2. Significativo deficit nutrizionale.
3. Dipendenza dall'alimentazione parenterale oppure da supplementi nutrizionali orali.
4. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.

B. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente stabilita.

C. Il disturbo dell'alimentazione non si verifica esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.

D. Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere meglio spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo, la gravità del disturbo dell'alimentazione eccede quella normalmente associata alla condizione o al disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica.

Specificare se:

In remissione: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo sostituisce ed estende la diagnosi del DSM-IV relativa ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dell'infanzia e della prima infanzia. La caratteristica diagnostica principale del disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo è l'evitamento o la restrizione nell'assunzione di cibo (Criterio A) manifestati da un'incapacità clinicamente significativa nel soddisfare i requisiti per la nutrizione oppure da un apporto energetico insufficiente attraverso l'assunzione orale di cibo. Devono essere presenti una o più delle seguenti caratteristiche principali: significativa perdita di peso, significativo deficit nutrizionale (o il relativo impatto sulla salute), dipendenza dall'alimentazione parenterale o da supplementi nutrizionali orali, oppure una marcata interferenza con il funzionamento psicosociale. La decisione relativa alla significatività della perdita di peso (Criterio A) è derivata da un giudizio clinico; invece di perdere peso, bambini e adolescenti che non hanno ancora completato la crescita possono non mantenere il peso o l'aumento dell'altezza lungo la propria traiettoria evolutiva.

Anche la decisione relativa alla significatività del deficit nutrizionale (Criterio A2) si basa sulla valutazione clinica (per es., valutazione dell'assunzione dietetica, esame fisico ed esami di laboratorio) e il relativo impatto sulla salute fisica può essere di gra-

vità simile a quello osservato nell'anoressia nervosa (per es., ipotermia, bradicardia, anemia). In casi gravi, soprattutto nei neonati, la malnutrizione può rappresentare un pericolo per la vita. La "dipendenza" dall'alimentazione parenterale o da supplementi nutrizionali orali (Criterio A3) significa che è richiesta l'alimentazione supplementare per sostenere un apporto nutrizionale adeguato. Esempi di individui che richiedono un'alimentazione supplementare comprendono neonati con un ritardo nella crescita che rende necessario il sondino nasogastrico, bambini con un disturbo del neurosviluppo che sono dipendenti da supplementi nutrizionalmente completi e individui che fanno affidamento sull'alimentazione con sondino nasogastrico o su supplementi nutrizionali orali in assenza di una sottostante condizione medica. L'incapacità di partecipare a normali attività sociali, come il mangiare in pubblico, o di sostenere relazioni come risultato del disturbo indica una marcata interferenza con il funzionamento psicosociale (Criterio A4).

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo non comprende l'evitamento o la restrizione nell'assunzione di cibo correlati alla mancata disponibilità di cibo o a pratiche culturali (per es., digiuno religioso o normale dieta) (Criterio B) e non comprende nemmeno normali comportamenti evolutivi (per es., essere schizzinosi da bambini, ridotta assunzione di cibo in adulti più anziani). Il disturbo non è meglio spiegato da un'eccessiva preoccupazione relativa al peso o alla forma del proprio corpo (Criterio C) oppure da concomitanti fattori medici o disturbi mentali (Criterio D).

In alcuni individui, l'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo possono essere dovuti alle caratteristiche sensoriali delle qualità del cibo, come un'estrema sensibilità ad aspetto, colore, odore, consistenza, temperatura, oppure al gusto. Tale comportamento è stato descritto come "alimentazione restrittiva", "alimentazione selettiva", "alimentazione schizzinosa", "alimentazione perseverante", "rifiuto cronico del cibo" e "neofobia per il cibo", e può manifestarsi come rifiuto di mangiare particolari marche di cibo o di tollerare l'odore di cibo mangiato da altri. Individui con un'accresciuta sensibilità sensoriale associata all'autismo possono mostrare comportamenti simili.

L'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo possono rappresentare anche una risposta condizionata negativa associata all'assunzione di cibo che segue, o anticipa, un'esperienza avversa, come il soffocamento; una procedura diagnostica traumatica che coinvolge solitamente il tratto gastrointestinale (per es., esofagoscopia); oppure vomito ripetuto. Per tali condizioni sono stati anche usati i termini *disfagia funzionale* e *bolo isterico*.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Molte caratteristiche possono essere associate all'evitamento del cibo o all'assunzione ridotta di cibo, inclusa una mancanza di interesse per il mangiare o per il cibo, che portano a perdita di peso o a una crescita discontinua. Neonati possono mostrarsi troppo assonnati, stressati oppure agitati per essere alimentati. Neonati e bambini piccoli possono non collaborare con il caregiver primario durante l'alimentazione o comunicano con la fame rispetto ad altre attività. In bambini più grandi e adolescenti, l'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo possono essere associati a difficoltà emotive più generalizzate che non soddisfano i criteri per un disturbo d'ansia, un disturbo depressivo o un disturbo bipolare, a volte definito "disturbo emotivo da evitamento del cibo".

Sviluppo e decorso

L'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo associati ad assunzione insufficiente oppure a mancanza di interesse per l'alimentazione si sviluppano più comunemente nell'infanzia o nella prima infanzia e possono persistere in età adulta. Allo stesso modo, l'evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo tende a insorgere nei primi dieci anni di vita ma può persistere in età adulta. L'evitamento correlato a conseguenze avverse può insorgere a qualunque età. La scarsa letteratura riguardante gli esiti a lungo termine suggerisce che l'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo basati su aspetti sensoriali siano relativamente stabili e di lunga durata, ma quando persistono fino all'età adulta possono essere associati a un funzionamento relativamente normale. Attualmente le evidenze sono insufficienti per tracciare un collegamento diretto tra disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo e la successiva insorgenza di un disturbo dell'alimentazione.

Bambini con disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo possono essere irritabili e difficili da confortare durante la nutrizione o apparire apatici e chiusi in se stessi. In alcuni casi, l'interazione genitore-bambino può contribuire ai problemi di nutrizione del bambino o aggravarli (per es., offrire il cibo in modo inadeguato o interpretare il comportamento del bambino come se fosse un atto aggressivo o di rifiuto). Un apporto calorico inadeguato può esacerbare le caratteristiche associate (per es., irritabilità, rallentamenti dello sviluppo) e contribuire ulteriormente alle difficoltà di nutrizione. I fattori che possono essere associati alla condizione comprendono il temperamento del bambino o compromissioni dello sviluppo che possono renderlo meno reattivo verso la nutrizione. Quando l'alimentazione e il peso migliorano in risposta ai cambiamenti dei caregiver, viene suggerita la coesistenza di psicopatologia nei genitori, oppure abuso o abbandono infantili. Nei neonati, nei bambini e negli adolescenti in età prepuberale, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo può essere associato a un ritardo nella crescita e la conseguente malnutrizione influenza negativamente lo sviluppo e le potenzialità di apprendimento. In bambini più grandi, adolescenti e adulti, il funzionamento sociale tende a essere influenzato negativamente. Indipendentemente dall'età, potrebbe essere influenzato il funzionamento familiare, con un aumentato stress al momento dei pasti e in altri contesti di nutrizione e alimentazione che coinvolgono amici e parenti.

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo si manifesta più comunemente nei bambini che negli adulti, e può esservi un lungo ritardo tra l'insorgenza e la manifestazione clinica. I fattori scatenanti la manifestazione variano considerevolmente e comprendono difficoltà fisiche, sociali ed emotive.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I disturbi d'ansia, il disturbo dello spettro dell'autismo, il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività possono aumentare il rischio di comportamento evitante o restrittivo della nutrizione e dell'alimentazione caratteristico del disturbo.

Fattori ambientali. Fattori di rischio ambientali per il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo comprendono l'ansia familiare. Maggiori tassi di disturbi dell'alimentazione possono verificarsi in figli di madri con disturbi dell'alimentazione.

Fattori genetici e fisiologici. I caratteristici comportamenti del disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo sono stati associati a una storia di condizioni gastrointestinali, disturbo da reflusso gastroesofageo, vomito e una gamma di altri problemi medici.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Manifestazioni simili al disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo si verificano in varie popolazioni, comprese quelle di Stati Uniti, Canada, Australia ed Europa. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo non dovrebbe essere diagnosticato quando l'evitamento dell'assunzione di cibo è legato unicamente a specifiche pratiche religiose o culturali.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo è ugualmente comune nei maschi e nelle femmine nell'infanzia e nella prima infanzia, ma il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo in comorbilità con il disturbo dello spettro dell'autismo ha una predominanza maschile. L'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo correlati all'alterata sensibilità sensoriale possono verificarsi in alcune condizioni fisiologiche, più in particolare in gravidanza, ma solitamente non sono eccessivi e non soddisfano pienamente i criteri per il disturbo.

Marker diagnostici

I marker diagnostici comprendono malnutrizione, basso peso, ritardo nella crescita e necessità di nutrizione artificiale in assenza di una qualsiasi chiara condizione medica diversa da una scarsa assunzione di cibo.

Conseguenze funzionali del disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo

Limitazioni evolutive e funzionali associate comprendono la compromissione dello sviluppo fisico e difficoltà sociali che possono avere un impatto negativo significativo sul funzionamento familiare.

Diagnosi differenziale

La perdita di appetito che precede la restrizione nell'assunzione di cibo è un sintomo non specifico che può accompagnare un certo numero di diagnosi di disturbo mentale. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo può essere diagnosticato in concomitanza con i disturbi sottoindicati se sono soddisfatti tutti i criteri e il disturbo dell'alimentazione richiede una specifica attenzione clinica.

Altre condizioni mediche (per es., disturbo gastrointestinale, allergie e intolleranze alimentari, neoplasie occulte). La restrizione nell'assunzione di cibo può verificarsi in altre condizioni mediche, in particolare in quelle con sintomatologia in corso come vomito, perdita di appetito, nausea, dolori addominali o diarrea. Una diagnosi di disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo richiede che il disturbo di assunzione vada oltre quello direttamente giustificato da sintomi fisici coerenti con una condizione medica; il disturbo alimentare può persistere anche dopo essere stato scatenato da una condizione medica e in seguito alla risoluzione della condizione medica stessa.

Condizioni mediche o comorbilità mentali sottostanti possono complicare la nutrizione e l'alimentazione. Dato che individui più anziani, pazienti post-chirurgici e individui sottoposti a chemioterapia perdono spesso l'appetito, una diagnosi aggiuntiva di disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo richiede che il disturbo dell'alimentazione sia un obiettivo primario d'intervento.

Specifici disturbi neurologici/neuromuscolari, strutturali o congeniti, e condizioni associate a difficoltà nell'alimentazione. Le difficoltà nell'alimentazione sono comuni in un certo numero di condizioni congenite e neurologiche spesso associate a problemi della struttura e della funzione orale/esofagea/faringea, come un'ipotonia della muscolatura, protrusione della lingua e difficoltà nella deglutizione. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo può essere diagnosticato in individui con tali manifestazioni purché siano soddisfatti tutti i criteri diagnostici.

Disturbo reattivo dell'attaccamento. Un certo grado di privazione è caratteristico del disturbo reattivo dell'attaccamento e può portare a un'alterazione della relazione tra il bambino e il caregiver tale da influenzare l'alimentazione e l'assunzione di cibo del bambino. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo dovrebbe essere diagnosticato in concomitanza solo se sono soddisfatti tutti i criteri per entrambi i disturbi e il disturbo dell'alimentazione è un obiettivo primario di intervento.

Disturbo dello spettro dell'autismo. Individui con disturbo dello spettro dell'autismo presentano spesso comportamenti rigidi di alimentazione e un'aumentata sensibilità sensoriale. Tuttavia, queste caratteristiche non portano sempre al grado di compromissione che sarebbe richiesto per una diagnosi di disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo dovrebbe essere diagnosticato in concomitanza solo se sono soddisfatti tutti i criteri per entrambi i disturbi e quando i disturbi dell'alimentazione richiedono un trattamento specifico.

Fobia specifica, disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) e altri disturbi d'ansia. La fobia specifica, tipo altro, specifica "situazioni che possono portare al soffocamento e al vomito" e può rappresentare il fattore scatenante primario per la paura, l'ansia o l'evitamento richiesti per la diagnosi. Distinguere tra la fobia specifica e il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo può risultare difficile quando la paura di soffocamento o di vomito ha portato all'evitamento del cibo. Nonostante l'evitamento o la restrizione nell'assunzione di cibo secondari a una pronunciata paura di soffocamento e di vomito possano essere concettualizzati come fobia specifica, nelle situazioni in cui il problema dell'alimentazione diventa obiettivo primario di attenzione clinica, allora la diagnosi appropriata diventa quella di disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo. Nel disturbo d'ansia sociale, l'individuo può presentare una paura di essere osservato da altri mentre mangia, e ciò può verificarsi anche nel disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.

Anoressia nervosa. La restrizione nell'assunzione di calorie rispetto alle esigenze, che porta a un peso corporeo significativamente basso, è una caratteristica fondamentale dell'anoressia nervosa. Tuttavia, individui con anoressia nervosa mostrano anche la paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, così come specifici disturbi relativi alla percezione e al vissuto del peso e della forma del proprio corpo. Queste caratteristiche non sono presenti nel disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, e i due disturbi non dovrebbero essere diagnosticati in concomitanza. La diagnosi differenziale tra disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo e anoressia nervosa può essere difficile, specialmente durante la tarda infanzia e la prima adolescenza, perché questi disturbi possono condividere un certo numero di sintomi comuni (per es., evitamento del cibo, basso peso). La diagnosi differenziale è potenzialmente difficile anche negli individui con anoressia nervosa che negano qualsiasi paura di ingrassare, ma nonostante ciò mettono in atto persistenti comportamenti atti a prevenire l'aumento di peso e non riconoscono la gravità medica del proprio basso peso: una manifestazione spesso chiamata "anoressia nervosa con assenza di fobia per il grasso".

È consigliata una piena considerazione di sintomi, decorso e storia familiare, e la diagnosi può essere meglio posta nel contesto di un rapporto clinico nel corso del tempo. In alcuni individui, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo potrebbe precedere l'esordio dell'anoressia nervosa.

Disturbo ossessivo-compulsivo. Individui con disturbo ossessivo-compulsivo possono mostrare evitamento o restrizione nell'assunzione di cibo in relazione alle preoccupazioni relative al cibo o al comportamento alimentare ritualizzato. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo dovrebbe essere diagnosticato in concomitanza solo se sono soddisfatti tutti i criteri per entrambi i disturbi e quando l'alimentazione aberrante è un aspetto maggiore della manifestazione clinica che richiede un intervento specifico.

Disturbo depressivo maggiore. Nel disturbo depressivo maggiore, l'appetito può essere influenzato in misura tale che gli individui mostrano un'assunzione di cibo significativamente limitata, solitamente in relazione all'apporto calorico complessivo e spesso associato a perdita di peso. In genere, la perdita di appetito e la correlata riduzione di assunzione diminuiscono con la risoluzione dei problemi legati all'umore. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo dovrebbe essere usato in concomitanza solo se sono soddisfatti appieno tutti i criteri per entrambi i disturbi e quando il disturbo dell'alimentazione richiede un trattamento specifico.

Disturbi dello spettro della schizofrenia. Individui con schizofrenia, disturbo delirante o altri disturbi psicotici possono mostrare strani comportamenti alimentari, evitamento di cibi specifici a causa delle convinzioni deliranti oppure altre manifestazioni di evitamento o restrizione nell'assunzione di cibo. In alcuni casi, le convinzioni deliranti possono contribuire alla preoccupazione relativa alle conseguenze negative dell'ingestione di certi cibi. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo dovrebbe essere usato in concomitanza solo se sono soddisfatti appieno tutti i criteri di entrambi i disturbi e quando il disturbo dell'alimentazione richiede un trattamento specifico.

Disturbo fittizio o disturbo fittizio provocato ad altri. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo dovrebbe essere differenziato dal disturbo fittizio o dal disturbo fittizio provocato ad altri. Al fine di assumere il ruolo di malati, alcuni individui con disturbo fittizio possono descrivere intenzionalmente diete molto più restrittive rispetto a quelle che sono al momento in grado di sostenere, così come complicazioni di tali comportamenti, quali la necessità dell'alimentazione parenterale o di supplementi nutrizionali, un'incapacità di tollerare una normale gamma di cibi e/o un'incapacità di partecipare normalmente a situazioni appropriate all'età e che coinvolgono il cibo. La manifestazione può essere straordinariamente drammatica e coinvolgente e i sintomi riferiti in modo incoerente. Nel disturbo fittizio provocato ad altri, il caregiver descrive sintomi coerenti con il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo e può indurre sintomi fisici come un mancato aumento di peso. Come per qualsiasi diagnosi di disturbo fittizio provocato ad altri, è il caregiver a ricevere la diagnosi piuttosto che l'individuo interessato, e la diagnosi dovrebbe essere posta solo sulla base di una valutazione attenta e completa dell'individuo interessato, del caregiver e della loro interazione.

Comorbilità

I disturbi più comunemente in comorbilità con il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo sono i disturbi d'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo e i disturbi del neurosviluppo (specificamente, disturbo dello spettro dell'autismo, disturbo da deficit di attenzione/iperattività e disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo]).

Anoressia nervosa

Criteri diagnostici

A. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto.

B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.

C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Note di codifica: Il codice ICD-9-CM per l'anoressia nervosa è **307.1**, assegnato indipendentemente dal sottotipo. Il codice ICD-10-CM dipende dal sottotipo (si veda sotto).

Specificare quale:

(F50.01) Tipo con restrizioni: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.

(F50.02) Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Specificare se:

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:
Il livello minimo di gravità si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC) (si veda sotto) oppure, per bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC. I range sono derivati dalle categorie dell'Organizzazione mondiale della sanità per la magrezza negli adulti; per bambini e adolescenti, dovrebbero essere utilizzati i percentili dell'IMC corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato al fine di riflettere sintomi clinici, il grado della disabilità funzionale e la necessità di una supervisione.

Lieve: IMC $\geq$ 17 kg/m^2

Moderata: IMC 16-16,99 kg/m^2

Grave: IMC 15-15,99 kg/m^2

Estrema: IMC < 15 kg/m^2

Sottotipi

La maggior parte degli individui con anoressia nervosa del tipo con abbuffate/condotte di eliminazione che si abbuffano poi adottano condotte di eliminazione come il vomito autoindotto, o l'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi. In alcuni casi sono assenti le abbuffate, ma l'individuo mette regolarmente in atto queste metodiche anche per l'assunzione di modiche quantità di cibo.

Durante il decorso del disturbo non è raro un crossover dei sottotipi; pertanto, la descrizione del tipo dovrebbe essere usata per descrivere sintomi attuali anziché il decorso longitudinale.

Caratteristiche diagnostiche

Vi sono tre caratteristiche essenziali dell'anoressia nervosa: persistente restrizione nell'assunzione di calorie; intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso; presenza di una significativa alterazione della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo. L'individuo mantiene un peso corporeo al di sotto di quello minimo normale per età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica (Criterio A). Il peso corporeo dell'individuo soddisfa frequentemente questo criterio in seguito a una significativa perdita di peso, ma nei bambini e negli adolescenti può esserci alternativamente l'incapacità di raggiungere il peso previsto o di mantenere una traiettoria di sviluppo normale (per es., durante il periodo della crescita in altezza) piuttosto che la perdita di peso.

Il Criterio A richiede che il peso dell'individuo sia significativamente basso (per es., meno del minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno del minimo previsto). La valutazione del peso può essere difficile perché il range di peso normale differisce tra gli individui, e sono state pubblicate diverse soglie per definire la magrezza o la condizione di sottopeso. L'indice di massa corporea (IMC; calcolato come peso in chilogrammi/altezza in metri²) è un utile parametro per valutare il peso del corpo in relazione all'altezza. Per gli adulti, un IMC di 18,5 kg/m² è stato utilizzato dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come limite inferiore del peso corporeo normale. Perciò, la maggior parte degli adulti con un IMC maggiore o uguale a 18,5 kg/m² non dovrebbero essere considerati come individui con un peso significativamente basso. D'altra parte, l'OMS ha considerato un IMC inferiore a 17,0 kg/m² per indicare una magrezza moderata o grave; pertanto, un individuo con IMC minore di 17,0 kg/m² dovrebbe probabilmente essere considerato come un individuo di peso significativamente basso. Un adulto con IMC compreso tra 17,0 e 18,5 kg/m², o anche al di sopra di 18,5 kg/m², potrebbe essere considerato come un individuo di peso significativamente basso se la storia clinica o altre informazioni fisiologiche supportano tale valutazione.

Per bambini e adolescenti, è utile stabilire un percentile dell'IMC-per età (si veda, per es., il valore del percentile dell'IMC del CDC per bambini e adolescenti). Come per gli adulti, non è possibile fornire degli standard definitivi per decidere se il peso di un bambino o di un adolescente sia significativamente basso, e le variazioni nelle traiettorie di sviluppo tra i giovani ne limitano l'utilità a semplici linee guida numeriche. Il CDC ha usato un IMC-per età al di sotto del quinto percentile come indicatore di sottopeso; tuttavia, bambini e adolescenti con un IMC al di sopra di questo parametro di riferimento possono essere giudicati significativamente sottopeso alla luce dell'incapacità di mantenere la traiettoria di crescita prevista. In sintesi, nello stabilire se il Criterio A è soddisfatto, il clinico dovrebbe considerare le linee guida numeriche disponibili, così come la costituzione corporea dell'individuo, lo storico del peso e qualsiasi disturbo fisiologico.

Gli individui con questo disturbo mostrano tipicamente un'intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi (Criterio B). Questa intensa paura di diventare grassi non è solitamente alleviata dalla perdita di peso. Infatti, la preoccupazione per l'aumento di peso può crescere anche se il peso diminuisce. Individui più giovani con anoressia nervosa, così come alcuni adulti, possono non riconoscere o non accettare la paura dell'aumento di peso. In assenza di un'altra spiegazione per un peso significativamente basso, inferenze cliniche tratte dalla storia collaterale, dati osservativi, reperti organici e di laboratorio, oppure il decorso longitudinale come indicatori di una paura dell'aumento di peso o a supporto di comportamenti persistenti che lo prevengono, possono essere usati per stabilire il Criterio B.

La percezione e il significato attribuiti al peso e alla forma del corpo sono distorti in questi individui (Criterio C). Alcuni individui si sentono globalmente sovrappeso. Altri ammettono di essere magri, ma sono ancora convinti che alcune parti del corpo, in particolare l'addome, i glutei e le cosce, siano "troppo grasse". Possono adottare le tecniche più disparate per valutare dimensioni e peso corporei, compreso il pesarsi di continuo, il misurare ossessivamente parti del corpo, e l'uso persistente dello specchio per controllare le zone percepite come "grasse". Negli individui con anoressia nervosa i livelli di autostima sono altamente influenzati dalla percezione della forma e del peso del corpo. La perdita di peso viene spesso considerata come una conquista ragguardevole e un segno di straordinaria autodisciplina, mentre l'aumento di peso viene percepito come un'inaccettabile mancanza di autocontrollo. Nonostante alcuni individui con questo disturbo possano accettare di essere magri, spesso non riconoscono le gravi implicazioni mediche del loro stato di malnutrizione.

L'individuo generalmente viene condotto all'attenzione clinica dai familiari, quando si verifica una marcata perdita di peso (o l'incapacità di raggiungere aumenti di peso previsti). Se sono gli individui stessi a ricercare l'aiuto medico, di solito questo avviene per il disagio relativo alle conseguenze somatiche e psicologiche del digiuno. Raramente un individuo con anoressia nervosa appare preoccupato per il dimagrimento di per sé. Spesso, infatti, gli individui con anoressia nervosa mancano di consapevolezza oppure negano il problema. È quindi importante raccogliere informazioni presso i familiari o da altre fonti per valutare la storia della perdita di peso e le altre caratteristiche della malattia.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il semidigiuno dell'anoressia nervosa e le condotte di eliminazione talvolta associate a essa possono portare a condizioni mediche significative e potenzialmente pericolose per la vita. La compromissione nutrizionale associata all'anoressia nervosa influenza la maggior parte dei principali sistemi organici e può causare una varietà di disturbi. Sono comuni disturbi fisiologici, compresi amenorrea e anomalie dei parametri vitali. Mentre la maggior parte dei disturbi fisiologici associati alla malnutrizione è reversibile con la riabilitazione nutrizionale, alcuni, compresa la perdita di densità minerale ossea, sono spesso non completamente reversibili. Comportamenti come vomito autoindotto e uso improprio di lassativi, diuretici ed enteroclismi possono causare un certo numero di disturbi che portano ad anomale evidenze di laboratorio; tuttavia, alcuni individui con anoressia nervosa non mostrano anomalie di laboratorio.

Quando sono gravemente sottopeso, molti individui con anoressia nervosa presentano segni e sintomi depressivi, come umore depresso, ritiro sociale, irritabilità, insonnia

e diminuito interesse sessuale. Poiché queste caratteristiche sono riscontrate anche in individui senza anoressia nervosa che sono significativamente denutriti, molti aspetti depressivi possono essere secondari rispetto alle conseguenze fisiologiche del semidigiuno, nonostante possano essere anche sufficientemente gravi da giustificare una diagnosi aggiuntiva di disturbo depressivo maggiore.

Spesso sono presenti evidenti manifestazioni ossessivo-compulsive, correlate o meno al cibo: la maggior parte degli individui con anoressia nervosa presenta polarizzazione ideativa sul cibo. Alcuni collezionano ricette o ammassano cibarie. Lo studio dei comportamenti associati ad altre forme di digiuno suggerisce come ossessioni e compulsioni correlate al cibo possano essere esacerbate dalla denutrizione. Quando individui con anoressia nervosa mostrano ossessioni e compulsioni non correlate al cibo, alla forma o al peso del corpo, può essere giustificata una diagnosi aggiuntiva di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

Altre caratteristiche talora associate all'anoressia nervosa comprendono preoccupazione nel mangiare in pubblico, sentimenti di inadeguatezza, un forte desiderio di tenere sotto controllo l'ambiente circostante, rigidità mentale, ridotta spontaneità sociale ed espressività emotiva eccessivamente repressa. In rapporto agli individui con anoressia nervosa, tipo con restrizioni, quelli del tipo con abbuffate/condotte di eliminazione presentano maggiori tassi di impulsività e sono più inclini all'abuso di alcol o di altre sostanze.

Un sottogruppo di individui con anoressia nervosa mostra livelli eccessivi di attività fisica. Aumenti nell'attività fisica precedono spesso l'esordio del disturbo e lungo il decorso del disturbo l'aumentata attività accelera la perdita di peso. Durante il trattamento, l'eccessiva attività può essere difficile da controllare, mettendo così a rischio il recupero del peso.

Individui con anoressia nervosa possono utilizzare farmaci in modo improprio, per esempio manipolando il dosaggio, al fine di ottenere perdita di peso o di evitare aumento di peso. Individui con diabete mellito possono omettere o ridurre le dosi di insulina al fine di minimizzare il metabolismo dei carboidrati.

Prevalenza

La prevalenza a 12 mesi dell'anoressia nervosa tra individui giovani di sesso femminile è approssimativamente dello 0,4%. Poco si sa sulla prevalenza tra i maschi, ma l'anoressia nervosa è molto meno comune nei maschi rispetto alle femmine, con una popolazione clinica che, in genere, riflette approssimativamente un rapporto femmina-maschio di 10:1.

Sviluppo e decorso

L'anoressia nervosa inizia comunemente durante l'adolescenza o la prima età adulta. Raramente inizia prima della pubertà o dopo i 40 anni, ma sono stati descritti casi di esordio sia precoce sia tardivo. L'esordio di questo disturbo è spesso associato a un evento stressante, come lasciare la propria casa per motivi di studio. Il decorso e la remissione dell'anoressia nervosa sono estremamente variabili. Individui più giovani possono mostrare caratteristiche atipiche, compreso il negare la "paura del grasso". Individui più avanti negli anni hanno maggiori probabilità di vedere una durata più lunga della malattia, e la loro manifestazione clinica può comprendere più segni e sintomi di un disturbo in corso da tempo. I clinici non dovrebbero escludere l'anoressia nervosa dalla diagnosi differenziale soltanto sulla base di un'età maggiore.

Molti individui presentano un periodo di comportamento alimentare modificato prima che i criteri per il disturbo siano soddisfatti appieno. Alcuni individui con anoressia nervosa guariscono completamente dopo un singolo episodio, con qualche manifestazione di andamento fluttuante dell'aumento di peso seguito da recidiva; altri ancora vanno incontro a un decorso cronico nel corso degli anni. Può essere richiesto il ricovero in ambiente ospedaliero per recuperare il peso corporeo e per affrontare complicazioni mediche. La maggior parte degli individui con anoressia nervosa va incontro alla remissione entro 5 anni dalla manifestazione. Tra gli individui ricoverati in ospedale, i tassi di remissione complessivi possono essere minori. Il tasso grezzo di mortalità (TGM) per l'anoressia nervosa è circa il 5% per decennio. Il decesso si verifica più comunemente per complicazioni mediche associate al disturbo stesso o in seguito a suicidio.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Individui che sviluppano disturbi d'ansia o mostrano tratti ossessivi nell'infanzia sono esposti a un maggiore rischio di sviluppare anoressia nervosa.

Fattori ambientali. La variabilità storica e cross-culturale nella prevalenza dell'anoressia nervosa supporta la sua associazione con culture e ambienti in cui la magrezza è considerata un valore. Anche professioni e occupazioni che incoraggiano la magrezza, come il lavoro di modella/o e l'atletica ai massimi livelli, sono associate a un maggiore rischio.

Fattori genetici e fisiologici. È presente un maggiore rischio di anoressia nervosa e bulimia nervosa tra parenti biologici di primo grado di individui con il disturbo. È stato osservato anche un maggiore rischio di disturbo bipolare e disturbo depressivo tra parenti di primo grado di individui con anoressia nervosa, in particolare parenti di individui con il tipo con abbuffate/condotte di eliminazione. I tassi di concordanza per l'anoressia nervosa in gemelli monozigoti sono significativamente più alti rispetto a quelli per gemelli dizigoti. È stata descritta una gamma di anomalie cerebrali nell'anoressia nervosa attraverso l'utilizzo di tecnologie di imaging funzionale (risonanza magnetica funzionale, tomografia a emissione di positroni). Non è chiaro il grado in cui queste evidenze riflettano cambiamenti associati alla malnutrizione versus le principali anomalie associate al disturbo.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

L'anoressia nervosa si presenta in popolazioni culturalmente e socialmente diverse, nonostante le evidenze disponibili suggeriscano variazioni cross-culturali nel suo verificarsi e manifestarsi. Probabilmente l'anoressia nervosa è maggiormente prevalente in paesi postindustrializzati e ad alto reddito, come gli Stati Uniti, molti paesi europei, Australia, Nuova Zelanda e Giappone, ma la sua incidenza in paesi con reddito minore è incerta. Mentre la prevalenza dell'anoressia nervosa appare relativamente bassa tra i latinoamericani, gli afroamericani e gli asiatici negli Stati Uniti, i clinici dovrebbero essere consapevoli che l'utilizzo dei servizi di salute mentale tra gli individui con disturbo dell'alimentazione è significativamente più basso in questi gruppi etnici e che i tassi più bassi possono riflettere un bias relativo alle caratteristiche del campione. La manifestazione di preoccupazioni relative al peso tra individui con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione varia sostanzialmente tra i contesti culturali. L'assenza della manifestazione di un'intensa paura di aumento di peso, talvolta indicata come "fobia per il grasso", sembra essere relativamente più comune nelle popolazioni dell'Asia, dove la ragione sottostante a un regime di restrizione dietetica è comunemente corre-

lata a una lamentela culturalmente più riconosciuta, come il disagio gastrointestinale. Negli Stati Uniti, le manifestazioni senza l'espressione di un'intensa paura di aumento di peso possono essere comparativamente più comuni tra i gruppi latinoamericani.

Marker diagnostici

Le seguenti anomalie nei dati di laboratorio possono essere osservate nell'anoressia nervosa; la loro presenza può servire ad aumentare l'affidabilità diagnostica.

Ematici. La leucopenia è comune, con la perdita di tutti i tipi di cellule ma solitamente con evidente leucocitosi. Possono verificarsi lieve anemia e trombocitopenia e, raramente, problemi di sanguinamento.

Biochimici. La disidratazione può riflettere un aumento dell'azoto ureico nel sangue. Comune il riscontro di ipercolesterolemia. Gli indici di funzionalità epatica possono essere elevati. Occasionalmente si rilevano ridotte concentrazioni di magnesio, zinco, fosfati e iperamilasemia. Il vomito autoindotto può condurre ad alcalosi metabolica (livello elevato dei bicarbonati plasmatici), ipocloremia e ipopotassiemia, mentre l'abuso di lassativi può causare una lieve acidosi metabolica.

Endocrini. I livelli ematici di T_4 sono in genere ai limiti inferiori della norma, i livelli di triiodotironina (T_3) sono ridotti, mentre i livelli di T_3 inversa sono elevati. Sono frequentemente presenti basse concentrazioni di estrogeni nelle femmine e di testosterone nei maschi.

ECG. La bradicardia sinusale è comune e, raramente, si osservano aritmie. In alcuni individui si osservano significativi prolungamenti dell'intervallo QTc.

Massa ossea. Si osserva spesso una bassa densità minerale ossea, con specifiche aree di osteopatia o osteoporosi. Il rischio di fratture è significativamente elevato.

EEG. Anomalie diffuse, connesse a un'encefalopatia metabolica, possono conseguire a significative alterazioni dell'equilibrio elettrolitico.

Dispendio energetico a riposo. Spesso vi è una significativa riduzione del dispendio energetico a riposo.

Segni e sintomi fisici. Molti segni e sintomi fisici dell'anoressia nervosa sono attribuibili al digiuno. L'amenorrea è spesso presente e sembra essere un indicatore di disfunzione fisiologica. Se presente, l'amenorrea è solitamente una conseguenza della perdita di peso, ma in una minoranza di individui può precedere la perdita di peso. Nelle femmine in età prepuberale, il menarca può essere ritardato. Oltre all'amenorrea, gli individui possono lamentare stipsi, dolori addominali, intolleranza al freddo, letargia o eccesso di energia.

La più notevole evidenza all'esame obiettivo è l'emaciazione. Comunemente sono presenti significativa ipotensione, ipotermia e bradicardia. Alcuni individui sviluppano lanugo, una fine e soffice peluria. Alcuni sviluppano edemi periferici, più frequenti al momento del recupero del peso o alla sospensione dell'abuso di lassativi e diuretici. Raramente petecchie o ecchimosi alle estremità possono indicare una diatesi emorragica. In alcuni individui si evidenzia una colorazione gialla della cute associata a ipercarotenemia. Come può essere osservato in individui con bulimia nervosa, individui con anoressia nervosa che si autoinducono il vomito possono mostrare ipertrofia delle ghiandole salivari, principalmente delle parotidi, così come erosioni dello smalto dentale. Alcuni individui possono presentare cicatrici o callosità sul dorso delle mani, provocate dallo sfregamento contro l'arcata dentaria nel tentativo di provocare il vomito.

Rischio di suicidio

Il rischio di suicidio è elevato nell'anoressia nervosa, con tassi riportati a 12 su 100.000 per anno. Una valutazione completa degli individui con anoressia nervosa dovrebbe comprendere la ricerca dell'ideazione e dei comportamenti suicidari, così come altri fattori di rischio di suicidio, compresa una storia di tentato/i suicidio/i.

Conseguenze funzionali dell'anoressia nervosa

Individui con anoressia nervosa possono mostrare una gamma di limitazioni funzionali associate al disturbo. Mentre alcuni individui restano attivi nel funzionamento sociale e professionale, altri dimostrano un significativo isolamento sociale e/o un mancato raggiungimento del potenziale scolastico o del successo professionale.

Diagnosi differenziale

Nella diagnosi differenziale dell'anoressia nervosa è necessario prendere in considerazione altre cause potenzialmente responsabili di un peso corporeo significativamente basso o della significativa perdita di peso, specialmente nei casi con manifestazioni atipiche (per es., con esordio oltre i 40 anni).

Condizioni mediche (per es., malattie gastroenteriche, ipertiroidismo, carcinomi occulti, sindrome da immunodeficienza acquisita [AIDS]). A fronte di una grave perdita di peso, in genere negli individui con questi disturbi non si verifica uno squilibrio nel modo in cui percepiscono il peso o la forma del proprio corpo, o un'intensa paura di aumento di peso o la persistenza di comportamenti che interferiscono con un appropriato aumento di peso. Una notevole perdita di peso associata a una condizione medica può essere occasionalmente seguita dall'esordio o dalla ricorrenza dell'anoressia nervosa, che può inizialmente essere mascherata dalla condizione medica in comorbilità. Raramente l'anoressia nervosa si sviluppa dopo un intervento di chirurgia bariatrica per obesità.

Disturbo depressivo maggiore. Nel disturbo depressivo maggiore si può verificare una grave perdita di peso, ma la maggior parte degli individui con disturbo depressivo maggiore non presenta né un desiderio eccessivo di perdere peso, né un'intensa paura di aumentare di peso.

Schizofrenia. Negli individui con schizofrenia possono manifestarsi bizzarri comportamenti alimentari e può talora verificarsi una significativa perdita di peso, ma raramente essi mostrano la paura di aumentare di peso e la distorsione dell'immagine corporea necessarie per la diagnosi di anoressia nervosa.

Disturbi da uso di sostanze. Gli individui con disturbi da uso di sostanze possono esperire perdita di peso dovuta a scarso apporto nutrizionale, ma in genere non hanno paura di aumentare di peso e non manifestano distorsione dell'immagine corporea. Dovrebbero essere valutati con attenzione gli individui che abusano di sostanze che riducono l'appetito (per es., cocaina, stimolanti) e che manifestano paura dell'aumento di peso, per la possibilità di anoressia nervosa in comorbilità, dato che l'uso di sostanze può rappresentare un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso (Criterio B).

Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo di dismorfismo corporeo. Alcune caratteristiche dell'anoressia nervosa possono soddisfare parte dei criteri per la fobia sociale, il DOC e il disturbo di dismorfismo corporeo. Nello specifico, gli individui possono sentirsi in imbarazzo o a disagio nel mangiare in

pubblico come nella fobia sociale; possono manifestare, come nel DOC, ossessioni e compulsioni correlate al cibo; oppure preoccupazioni riguardanti un difetto immaginario nell'aspetto fisico, come nel disturbo di dismorfismo corporeo. Se gli individui con anoressia nervosa hanno paure sociali che sono limitate al solo comportamento alimentare, la diagnosi di fobia sociale non dovrebbe essere posta, ma paure sociali non correlate al comportamento alimentare (per es., eccessiva paura di parlare in pubblico) possono giustificare una diagnosi aggiuntiva di fobia sociale. Similmente una diagnosi aggiuntiva di DOC dovrebbe essere considerata solo se l'individuo mostra ossessioni e compulsioni non correlate al cibo (per es., ossessioni di contaminazione), mentre una diagnosi aggiuntiva di disturbo di dismorfismo corporeo dovrebbe essere considerata solo se la distorsione non è correlata alla forma e alle dimensioni del corpo (per es., preoccupazione di avere il naso troppo grosso).

Bulimia nervosa. Gli individui con bulimia nervosa mostrano ricorrenti episodi di abbuffata, seguiti da inappropriate condotte per evitare l'aumento di peso (per es., ricorso al vomito autoindotto), e preoccupazioni per la forma e il peso del corpo. Contrariamente agli individui con anoressia nervosa, tipo con abbuffate/condotte di eliminazione, gli individui con bulimia nervosa riescono tuttavia a mantenere un peso corporeo maggiore o uguale a quello minimo normale.

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo. Individui con questo disturbo possono mostrare una significativa perdita di peso o significative deficienze nutrizionali, ma non hanno paura di aumentare di peso o di diventare grassi, né hanno uno squilibrio nel modo in cui percepiscono la forma e il peso del proprio corpo.

Comorbilità

Il disturbo bipolare, il disturbo depressivo e i disturbi d'ansia si verificano comunemente in concomitanza con l'anoressia nervosa. Molti individui con anoressia nervosa riferiscono la presenza di un disturbo d'ansia o di sintomi prima della comparsa del disturbo dell'alimentazione. Il DOC è descritto in alcuni individui con anoressia nervosa, specialmente quelli con il tipo con restrizioni. Anche il disturbo da uso di alcol e altri disturbi da uso di sostanze possono essere in comorbilità con l'anoressia nervosa, specialmente tra gli individui con il tipo con abbuffate/condotte di eliminazione.

Bulimia nervosa 307.51 (F50.2)

Criteri diagnostici

A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.

E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Specificare se:

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, alcuni, ma non tutti, i criteri sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:
Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza di condotte compensatorie inappropriate (si veda sotto). Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale.

Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Moderata: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Estrema: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Caratteristiche diagnostiche

Ci sono tre caratteristiche essenziali della bulimia nervosa: ricorrenti episodi di abbuffata (Criterio A), ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso (Criterio B) e livelli di autostima indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo (Criterio D). Per giustificare la diagnosi, gli episodi di abbuffata e le condotte compensatorie inappropriate devono verificarsi minimo una volta alla settimana per almeno 3 mesi (Criterio C).

Un "episodio di abbuffata" è definito come l'ingestione in un determinato periodo di tempo di una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili (Criterio A1). Il contesto in cui l'episodio avviene è necessario al clinico per valutare se l'assunzione di cibo è da considerare eccessiva. Per esempio, una quantità di cibo che può essere giudicata eccessiva per un pasto in un giorno feriale può essere normale durante una ricorrenza o una festività. Con "determinato periodo di tempo", si fa riferimento a un periodo limitato, in genere minore di 2 ore. Un singolo episodio di abbuffata non deve avvenire necessariamente in un unico contesto. Un individuo, per esempio, può iniziare ad abbuffarsi al ristorante e continuare a mangiare dopo essere tornato a casa. Non può essere considerata un'abbuffata il continuo "spiluccare" piccole quantità di cibo nell'arco della giornata.

L'eccessivo consumo di cibo deve essere accompagnato dalla sensazione di perdere il controllo (Criterio A2) per essere considerato un episodio di abbuffata. Un indicatore di perdita di controllo è l'incapacità di astenersi dal mangiare o di smettere di mangiare una volta iniziato. Alcuni individui descrivono un senso di estraniamento durante o in seguito agli episodi di abbuffata. La compromissione del controllo associata alle abbuffate non è assoluta; per esempio, un individuo può continuare ad abbuffarsi mentre il telefono squilla, ma interrompere bruscamente se il coniuge o il coinquilino entrano inaspettatamente nella stanza. Alcuni individui riferiscono che i loro episodi

di abbuffata non sono più caratterizzati da un'acuta sensazione di perdita di controllo, bensì da un pattern più generalizzato di alimentazione incontrollata. Se gli individui riferiscono di aver rinunciato a controllare la propria alimentazione, la perdita di controllo dovrebbe essere considerata come presente. In alcuni casi le abbuffate possono anche essere pianificate.

Il tipo di cibo assunto durante le abbuffate varia sia da individuo a individuo sia per un dato individuo. Ciò che sembra caratterizzare le abbuffate è soprattutto l'anomalia nella quantità del cibo consumato piuttosto che il desiderio incontrollato di un alimento specifico. Tuttavia, durante le abbuffate gli individui tendono a mangiare cibi che avrebbero altrimenti evitato.

Gli individui con bulimia nervosa tipicamente si vergognano dei loro problemi con l'alimentazione e tentano di nascondere i loro sintomi. Le abbuffate avvengono in solitudine, quanto più segretamente possibile. L'abbuffata spesso continua finché l'individuo non si sente sgradevolmente, o addirittura dolorosamente, pieno. L'antecedente più comune dell'abbuffata è un'emozione negativa. Altri fattori scatenanti comprendono condizioni interpersonali stressanti; restrizione dietetica, sentimenti negativi correlati al peso e alla forma del corpo e al cibo; e noia. Le abbuffate possono minimizzare o attenuare i fattori che hanno scatenato l'episodio nel breve termine, ma l'autosvalutazione e la disforia sono spesso conseguenze ritardate.

Un'altra caratteristica essenziale della bulimia nervosa è il frequente ricorso a condotte compensatorie inappropriate per prevenire l'aumento di peso, collettivamente denominate *condotte di eliminazione* o *eliminazione* (Criterio B). Molti individui con bulimia nervosa mettono in atto diversi metodi tesi a compensare le abbuffate. Vomitare è la condotta compensatoria inappropriata più comune. Gli effetti immediati del vomito comprendono la riduzione della sensazione di malessere fisico, oltre che della paura di aumentare di peso. In alcuni casi, il vomito diventa un obiettivo in sé, e l'individuo si abbufferà per poter vomitare, oppure vomiterà anche dopo aver mangiato piccole quantità di cibo. Gli individui con bulimia nervosa possono adottare diversi metodi per autoindursi il vomito, compreso l'uso delle dita o di altri strumenti per stimolare il riflesso faringeo. In genere, questi individui diventano esperti nell'autoindursi il vomito e riescono a vomitare a comando. Raramente viene fatto uso di emetici, come lo sciroppo di ipecacuana, per indurre il vomito. Altre condotte di eliminazione comprendono l'uso inappropriato di lassativi e diuretici. In rari casi può essere utilizzato anche un certo numero di altri metodi compensatori. In alcuni individui con bulimia nervosa si riscontra l'uso di enteroclismi subito dopo gli episodi di abbuffata, ma non è quasi mai l'unico metodo compensatorio impiegato. Gli individui con questo disturbo raramente fanno uso di ormoni tiroidei per accelerare il metabolismo ed evitare l'aumento di peso. Gli individui con diabete mellito insulinodipendente e bulimia nervosa possono non assumere o ridurre l'insulina per diminuire il metabolismo del cibo ingerito durante le abbuffate. Gli individui con bulimia nervosa possono digiunare per uno o più giorni o ricorrere all'attività fisica eccessiva per prevenire l'aumento di peso. L'attività fisica può essere considerata eccessiva quando interferisce con altre importanti attività, quando si verifica in orari o ambienti inusuali, o quando gli individui continuano a praticarla nonostante le precarie condizioni fisiche o altre complicazioni mediche.

Gli individui con bulimia nervosa ripongono un'enfasi eccessiva sulla forma e sul peso del corpo nella valutazione di sé, e questi fattori sono di estrema importanza tipicamente nella determinazione dei livelli di autostima (Criterio D). Gli individui con questo disturbo possono essere sovrapponibili agli individui con anoressia nervosa nella loro paura di aumentare di peso, nel loro desiderio di perdere peso e nel livello

di insoddisfazione per il proprio corpo. Tuttavia non è giustificata la diagnosi di bulimia nervosa se il disturbo si verifica esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa (Criterio E).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con bulimia nervosa tipicamente sono nei limiti di peso normale o di sovrappeso (indice di massa corporea [IMC] ≥ 18,5 e <30 negli adulti). Il disturbo può presentarsi, ma è raro, tra gli individui obesi. Usualmente gli individui con bulimia nervosa, tra un'abbuffata e l'altra, riducono il loro consumo calorico complessivo, preferendo cibi a basso contenuto calorico ("dietetici") ed evitando invece quegli alimenti che, secondo loro, possono far ingrassare o scatenare un'abbuffata.

Tra le femmine con bulimia nervosa sono spesso presenti irregolarità del ciclo mestruale o amenorrea; è ancora da determinare se tali alterazioni siano correlate all'instabilità del peso, a carenze nutrizionali o al disagio emotivo. Talvolta le alterazioni dell'equilibrio elettrolitico conseguenti al frequente ricorso a condotte di eliminazione sono così serie da costituire un grave problema medico. Complicanze rare, ma potenzialmente fatali, comprendono lacerazioni esofagee, rottura gastrica e aritmie cardiache. Sono state riferite tra questi individui gravi miopatie cardiache e scheletriche in seguito all'uso frequente dello sciroppo di ipecacuana per indurre il vomito. Chi abusa cronicamente di lassativi può diventare dipendente dal loro uso per stimolare movimenti intestinali. Sintomi gastrointestinali sono comunemente associati alla bulimia nervosa e, fra gli individui con questo disturbo, è stato riportato anche il prolasso rettale.

Prevalenza

Una prevalenza a 12 mesi della bulimia nervosa tra individui giovani di sesso femminile è dell'1-1,5%. La prevalenza è più alta tra i giovani adulti, dato che il disturbo ha il suo picco nella tarda adolescenza e nella prima età adulta. Si hanno minori informazioni sulla prevalenza della bulimia nervosa nei maschi, ma questo disturbo è molto meno comune nei maschi rispetto alle femmine, con un rapporto femmina-maschio di circa 10:1.

Sviluppo e decorso

La bulimia nervosa di solito esordisce in adolescenza o nella prima età adulta. L'esordio prima della pubertà o dopo i 40 anni di età è raro. Le abbuffate iniziano in genere durante o dopo un periodo di restrizioni dietetiche. Anche molteplici eventi stressanti possono precipitare l'esordio della bulimia nervosa.

Una condotta alimentare alterata persiste per parecchi anni in un'alta percentuale di campioni clinici. Il decorso può essere cronico o intermittente, con fasi di remissione alternate a fasi di ricomparsa delle abbuffate. Tuttavia, in un follow-up a lungo termine, i sintomi di molti individui sembrano diminuire con o senza trattamento, sebbene il trattamento influisca chiaramente sull'esito. Periodi di remissione più lunghi di 1 anno sono associati a un migliore esito a lungo termine.

È stato riportato un rischio significativamente elevato di mortalità (per tutte le cause e suicidio) negli individui con bulimia nervosa. Il tasso grezzo di mortalità per la bulimia nervosa è di circa il 2% per decennio.

Il cross-over diagnostico dalla bulimia nervosa all'anoressia nervosa si verifica in una minoranza di casi (10-15%). Individui che sperimentano un viraggio all'anoressia nervosa generalmente tornano alla bulimia nervosa o presentano possibilità multiple

di viraggio tra questi due disturbi. Un sottogruppo di individui con bulimia nervosa continua ad abbuffarsi ma non mette più in atto condotte compensatorie inappropriate, perciò i loro sintomi soddisfano i criteri per il disturbo da binge-eating oppure per un disturbo dell'alimentazione con altra specificazione. La diagnosi dovrebbe essere basata sulla manifestazione clinica attuale (per es., ultimi 3 mesi).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Preoccupazioni relative al peso, bassa autostima, sintomi depressivi, disturbo d'ansia sociale e disturbo iperansioso dell'infanzia sono associati a un maggior rischio per lo sviluppo di bulimia nervosa.

Fattori ambientali. Si è scoperto che l'internalizzazione di un ideale di corpo magro aumenta il rischio per lo sviluppo di bulimia nervosa. Individui che nell'infanzia hanno vissuto abusi sessuali o fisici hanno un maggiore rischio di sviluppare la bulimia nervosa.

Fattori genetici e fisiologici. L'obesità infantile e la precoce maturazione puberale aumentano il rischio di bulimia nervosa. Può essere presente trasmissione familiare della bulimia nervosa, così come vulnerabilità genetiche per il disturbo.

Modificatori del decorso. La gravità della comorbilità psichiatrica predice un esito peggiore a lungo termine della bulimia nervosa.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La bulimia nervosa si verifica con frequenze approssimativamente simili nella maggior parte dei paesi industrializzati, come Stati Uniti, Canada, Europa, Australia, Giappone, Nuova Zelanda e Sud Africa. Secondo studi clinici sulla bulimia nervosa effettuati negli Stati Uniti, il disturbo si presenta soprattutto tra individui di razza bianca. Tuttavia, il disturbo è stato descritto anche in altri gruppi etnici e con una prevalenza paragonabile a prevalenze stimate osservate in campioni di razza bianca.

Aspetti diagnostici correlati al genere

La bulimia nervosa è molto più comune nelle femmine rispetto ai maschi. I maschi sono particolarmente sottorappresentati in campioni che hanno richiesto il trattamento, per ragioni che non sono state ancora esaminate in modo sistematico.

Marker diagnostici

Attualmente non esiste uno specifico test diagnostico per la bulimia nervosa. Tuttavia, possono verificarsi parecchie anomalie di laboratorio, come conseguenza delle condotte di eliminazione, le quali possono aumentare l'affidabilità diagnostica. Queste comprendono le alterazioni dell'equilibrio elettrolitico, tra cui le più frequenti sono: ipopotassiemia (che può provocare aritmie cardiache), ipocloremia e iponatriemia. La perdita di succo gastrico acido attraverso il vomito può produrre alcalosi metabolica (livello elevato dei bicarbonati plasmatici), mentre l'abuso di lassativi e diuretici per indurre diarrea o disidratazione può causare acidosi metabolica. Alcuni individui con bulimia nervosa presentano livelli leggermente elevati dell'amilasi serica, probabilmente legati all'aumento dell'isoenzima salivare.

L'esame obiettivo non mostra di solito evidenze organiche. Tuttavia, l'ispezione della bocca può rivelare una significativa e permanente perdita dello smalto dentale, specialmente a livello delle superfici linguali dei denti incisivi, dovuta al vomito ripetuto.

Questi denti si presentano scheggiati e sembrano intaccati e "tarlati". Inoltre si può verificare un aumento della frequenza delle carie. In alcuni individui le ghiandole salivari, in particolar modo le parotidi, possono ingrossarsi notevolmente. Gli individui che si autoinducono il vomito sollecitando manualmente il riflesso faringeo possono sviluppare callosità o cicatrici sul dorso della mano, provocate dal continuo sfregamento contro l'arcata dentaria. Miopatie cardiache e scheletriche gravi sono state riferite in individui che hanno fatto uso ripetuto di sciroppo di ipecacuana per indurre il vomito.

Rischio di suicidio

Il rischio di suicidio è elevato nella bulimia nervosa. Un'indagine completa degli individui con questo disturbo dovrebbe comprendere la valutazione dell'ideazione e dei comportamenti suicidari, così come altri fattori di rischio per il suicidio, compresa una storia di tentativi di suicidio.

Conseguenze funzionali della bulimia nervosa

Individui con bulimia nervosa possono mostrare una gamma di limitazioni funzionali associate al disturbo. Una minoranza di individui riferisce una grave compromissione di ruolo, dove è la sfera della vita sociale ad avere più probabilità di essere influenzata negativamente dalla bulimia nervosa.

Diagnosi differenziale

Anoressia nervosa, tipo con abbuffate/condotte di eliminazione. Negli individui in cui la condotta caratterizzata da abbuffate si verifica solo durante episodi di anoressia nervosa è giustificata la diagnosi di anoressia nervosa, tipo con abbuffate/condotte di eliminazione, e non dovrebbe essere posta la diagnosi aggiuntiva di bulimia nervosa. Negli individui con un'iniziale diagnosi di anoressia nervosa, in cui si verifichino abbuffate e condotte di eliminazione ma nei quali non siano più soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, tipo con abbuffate/condotte di eliminazione (per es., quando il peso è normale), dovrebbe essere posta una diagnosi di bulimia nervosa solo se sono stati soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa per almeno 3 mesi.

Disturbo da binge-eating. Alcuni individui si abbuffano ma non adottano condotte compensatorie inappropriate. In questi casi, dovrebbe essere considerata la diagnosi di disturbo da binge-eating.

Sindrome di Kleine-Levin. In certi disturbi neurologici o altre condizioni mediche, come la sindrome di Kleine-Levin, è presente una condotta alimentare alterata, ma non sono presenti le caratteristiche psicologiche della bulimia nervosa, come l'eccessiva preoccupazione per la forma e il peso del corpo.

Disturbo depressivo maggiore con caratteristiche atipiche. L'iperfagia è comune nel disturbo depressivo maggiore con caratteristiche atipiche, ma gli individui con questo disturbo non adottano condotte compensatorie inappropriate e non mostrano eccessiva preoccupazione per la forma e il peso del corpo, caratteristiche della bulimia nervosa. Se l'individuo soddisfa i criteri di entrambi i disturbi, è giustificata la doppia diagnosi.

Disturbo borderline di personalità. La condotta da binge-eating è compresa nel criterio del comportamento impulsivo che è parte della definizione del disturbo borderline di personalità. Se risultano soddisfatti appieno i criteri del disturbo borderline di personalità e della bulimia nervosa, dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi.

Comorbilità

La comorbilità con i disturbi mentali è comune negli individui con bulimia nervosa, in cui la maggior parte presenta almeno un altro disturbo mentale e molti fanno esperienza di comorbilità multiple. La comorbilità non si limita a un particolare sottogruppo ma piuttosto si verifica tra una vasta gamma di disturbi mentali. Negli individui con bulimia nervosa vi è un'aumentata frequenza di sintomatologia depressiva (per es., bassa autostima) e di disturbi bipolari e depressivi (in particolare disturbi depressivi). In molti individui, il disturbo dell'umore comincia contemporaneamente oppure in seguito allo sviluppo della bulimia nervosa, e gli individui attribuiscono spesso i loro disturbi dell'umore alla bulimia nervosa. Tuttavia, in alcuni individui il disturbo dell'umore precede chiaramente lo sviluppo della bulimia nervosa. Può esserci, inoltre, un'aumentata frequenza di sintomatologia ansiosa (per es., paura di situazioni sociali) oppure disturbi d'ansia. Questi disturbi dell'umore e d'ansia vanno frequentemente incontro a remissione in seguito a un trattamento efficace della bulimia nervosa. La prevalenza nell'arco di vita dell'uso di sostanze, in particolare di alcol o stimolanti, è di almeno il 30% tra gli individui con bulimia nervosa. L'uso di sostanze stimolanti inizia spesso nel tentativo di controllare l'appetito e il peso. Una percentuale consistente di individui con bulimia nervosa mostra anche caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più disturbi di personalità, con maggior frequenza il disturbo borderline di personalità.

Disturbo da binge-eating 307.51 (F50.8)

Criteri diagnostici

A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
   1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
   2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:
   1. Mangiare molto più rapidamente del normale.
   2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.
   3. Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati.
   4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
   5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.

C. È presente marcato disagio riguardo alle abbuffate.

D. L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Specificare se:

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:
Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza degli episodi di abbuffata (si veda sotto). Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale.

Lieve: Da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana
Moderata: Da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana
Grave: Da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana
Estrema: 14 o più episodi di abbuffata a settimana

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica principale del disturbo da binge-eating sono i ricorrenti episodi di abbuffata, che devono verificarsi, mediamente, almeno una volta alla settimana per 3 mesi (Criterio D). Un "episodio di abbuffata" è definito come il mangiare in un determinato periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili (Criterio A1). Il contesto in cui l'episodio avviene è necessario al clinico per valutare se l'assunzione di cibo è da considerare eccessiva. Per esempio, una quantità di cibo che può essere giudicata eccessiva per un pasto in un giorno comune può essere normale durante una ricorrenza o una festività. Con "determinato periodo di tempo" si fa riferimento a un periodo limitato, in genere minore di 2 ore. Un singolo episodio di abbuffata non deve avvenire necessariamente in un unico contesto. Un individuo, per esempio, può iniziare ad abbuffarsi al ristorante e continuare a mangiare dopo essere tornato a casa. Non può essere considerata un'abbuffata il continuo "spiluccare" piccole quantità di cibo durante l'arco della giornata.

Un episodio di eccessivo consumo di cibo deve essere accompagnato dalla sensazione di perdere il controllo (Criterio A2) per essere considerato un episodio di abbuffata. Un indicatore della perdita di controllo è l'incapacità di astenersi dal mangiare o di smettere di mangiare una volta cominciato. Alcuni individui descrivono un senso di estraniamento durante o subito dopo gli episodi di abbuffata. La compromissione del controllo associata all'abbuffata non è assoluta; per esempio, un individuo può continuare ad abbuffarsi mentre il telefono squilla, ma interrompere bruscamente se il coniuge o il coinquilino entrano inaspettatamente nella stanza. Alcuni individui riferiscono che i loro episodi di abbuffata non sono più caratterizzati da un'acuta sensazione di perdita di controllo ma piuttosto da un pattern più generalizzato di alimentazione incontrollata. Se gli individui riferiscono di avere abbandonato gli sforzi per controllare la propria alimentazione, la perdita di controllo dovrebbe essere considerata come presente. In alcuni casi, le abbuffate possono anche essere pianificate.

Il tipo di cibo assunto durante le abbuffate varia sia da individuo a individuo sia per un dato individuo. Ciò che sembra caratterizzare le abbuffate è soprattutto l'anomalia nella quantità del cibo consumato piuttosto che il desiderio incontrollato di un alimento specifico.

Gli episodi di abbuffata devono essere caratterizzati da un marcato disagio (Criterio C) e da almeno tre delle seguenti caratteristiche: mangiare molto più rapidamente del normale, mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni, mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati, mangiare da soli a causa dell'imbaraz-

zo per quanto si sta mangiando e sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio (Criterio B).

Gli individui con disturbo da binge-eating tipicamente si vergognano dei loro problemi con l'alimentazione e tentano di nascondere i loro sintomi. Le abbuffate di solito avvengono in solitudine, quanto più segretamente possibile. L'antecedente più comune dell'abbuffata è un'emozione negativa. Altri fattori scatenanti comprendono condizioni interpersonali stressanti; restrizione dietetica, sentimenti negativi correlati al peso e alla forma del corpo e al cibo; e noia. Le abbuffate possono minimizzare o attenuare i fattori che hanno scatenato l'episodio nel breve termine, ma l'autosvalutazione e la disforia sono spesso conseguenze ritardate.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il disturbo da binge-eating si verifica in individui normopeso/sovrappeso e obesi. Esso è probabilmente associato al sovrappeso e all'obesità in individui che richiedono un trattamento. Tuttavia, il disturbo da binge-eating è distinto dall'obesità. La maggior parte degli individui obesi non si abbandona a ricorrenti abbuffate. Inoltre, se confrontati con individui obesi di pari peso senza disturbo da binge-eating, è stato osservato in studi di laboratorio sul comportamento alimentare come quelli con il disturbo consumino più calorie e mostrino una maggiore compromissione funzionale, minore qualità di vita, maggiore disagio soggettivo e maggiore comorbilità psichiatrica.

Prevalenza

La prevalenza a 12 mesi del disturbo da binge-eating tra gli americani adulti (18 anni o più), femmine e maschi, è rispettivamente di 1,6% e 0,8%. Il rapporto di genere nel disturbo da binge-eating è molto meno asimmetrico rispetto alla bulimia nervosa. Il disturbo da binge-eating negli individui di sesso femminile appartenenti a minoranze razziali o etniche ha la stessa prevalenza riscontrata negli individui di sesso femminile bianchi. Il disturbo è maggiormente prevalente tra individui che richiedono un trattamento per la perdita di peso rispetto alla popolazione generale.

Sviluppo e decorso

Si sa ancora poco sullo sviluppo del disturbo da binge-eating. Nei bambini si verificano sia le abbuffate sia episodi di alimentazione incontrollata senza un eccessivo consumo di cibo, e sono associati a un incremento del grasso corporeo, all'aumento di peso e all'aumento di sintomi psicologici. L'abbuffarsi è comune negli adolescenti e in campioni di soggetti in età universitaria. In alcuni individui, episodi di alimentazione incontrollata oppure occasionali abbuffate possono rappresentare una fase prodromica dei disturbi dell'alimentazione.

In molti individui con disturbo da binge-eating, il mettersi a dieta segue le abbuffate. (Questo è in contrasto con la bulimia nervosa, in cui la dieta disfunzionale precede di solito le abbuffate.) Il disturbo da binge-eating inizia tipicamente negli adolescenti o nella prima età adulta, ma può iniziare anche in tarda età adulta. Individui con disturbo da binge-eating che richiedono un trattamento sono solitamente più anziani rispetto agli individui con bulimia nervosa e anoressia nervosa che richiedono un trattamento.

I tassi di remissione degli studi relativi sia al decorso naturale sia agli esiti del trattamento sono maggiori per il disturbo da binge-eating rispetto alla bulimia nervosa o all'anoressia nervosa. Il disturbo da binge-eating sembra essere relativamente persistente, e il decorso è paragonabile a quello della bulimia nervosa in termini di gravità e durata. Il crossover dal disturbo da binge-eating ad altri disturbi dell'alimentazione non è comune.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Il disturbo da binge-eating sembra essere ricorrente nelle famiglie, il che può riflettere ulteriori influenze genetiche.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il disturbo da binge-eating si verifica con frequenze approssimativamente simili nella maggior parte dei paesi industrializzati, compresi gli Stati Uniti, il Canada, molti paesi europei, Australia e Nuova Zelanda. Negli Stati Uniti la prevalenza del disturbo da binge-eating sembra essere paragonabile tra bianchi non latinoamericani, latinoamericani, asiatici e afroamericani.

Conseguenze funzionali del disturbo da binge-eating

Il disturbo da binge-eating è associato a una serie di conseguenze funzionali, compresi problemi di adattamento al ruolo sociale, compromissione della qualità di vita e della soddisfazione di vita correlati alla salute, aumentata morbilità e mortalità mediche, e associato aumento dell'utilizzo dei servizi sanitari in confronto a controlli simili per indice di massa corporea (IMC). Esso può anche associarsi a un rischio aumentato di aumento di peso e di sviluppo di obesità.

Diagnosi differenziale

Bulimia nervosa. Il disturbo da binge-eating ha in comune con la bulimia nervosa le ricorrenti abbuffate, ma differisce da quest'ultimo disturbo per alcuni aspetti fondamentali. In termini di manifestazione clinica, la ricorrente condotta compensatoria inappropriata (per es., condotta di eliminazione, attività fisica eccessiva) osservata nella bulimia nervosa è assente nel disturbo da binge-eating. Al contrario degli individui con bulimia nervosa, gli individui con disturbo da binge-eating tipicamente non mostrano una marcata o sostenuta restrizione dietetica finalizzata a influenzare il peso e la forma del corpo tra un episodio di abbuffata e l'altro. Possono riferire, tuttavia, frequenti tentativi di seguire una dieta. Il disturbo da binge-eating differisce dalla bulimia nervosa anche in termini di risposta al trattamento. I tassi di miglioramento sono decisamente maggiori negli individui con disturbo da binge-eating rispetto agli individui con bulimia nervosa.

Obesità. Il disturbo da binge-eating è associato a sovrappeso e obesità ma presenta parecchie caratteristiche principali che si distinguono dall'obesità. Primo, i livelli di sopravvalutazione del peso e della forma del corpo sono maggiori in individui obesi con tale disturbo che in quelli senza il disturbo. Secondo, i tassi di comorbilità psichiatrica sono significativamente maggiori tra individui obesi con il disturbo confrontati con quelli senza il disturbo. Terzo, l'esito positivo a lungo termine di trattamenti psicologici basati su evidenze per il disturbo da binge-eating può essere contrapposto all'assenza di trattamenti efficaci di lungo termine per l'obesità.

Disturbo bipolare e disturbo depressivo. L'aumento di appetito e di peso sono compresi nei criteri dell'episodio depressivo maggiore e tra gli specificatori delle caratteristi-

che atipiche del disturbo depressivo e del disturbo bipolare. Un aumento di assunzione di cibo nel contesto di un episodio depressivo maggiore può o non può essere associato alla perdita di controllo. Se sono soddisfatti appieno i criteri per entrambi i disturbi, è possibile porre entrambe le diagnosi. Le abbuffate e altri sintomi di alimentazione disordinata sono stati osservati in associazione al disturbo bipolare. Se sono soddisfatti appieno i criteri per entrambi i disturbi, dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi.

Disturbo borderline di personalità. Le abbuffate sono incluse tra i criteri del comportamento impulsivo, che è parte della definizione del disturbo borderline di personalità. Se sono soddisfatti appieno i criteri per entrambi i disturbi, dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi.

Comorbilità

Il disturbo da binge-eating è associato a significative comorbilità psichiatriche paragonabili a quelle della bulimia nervosa e dell'anoressia nervosa. I disturbi più comunemente in comorbilità sono i disturbi bipolari, i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia e, in misura minore, i disturbi da uso di sostanze. La comorbilità psichiatrica è legata alla gravità degli episodi di abbuffata e non al grado di obesità.

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione 307.59 (F50.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Questo viene fatto registrando "disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., bulimia nervosa a bassa frequenza).

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" comprendono i seguenti:

1. **Anoressia nervosa atipica:** Sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, salvo che, nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità.
2. **Bulimia nervosa (a bassa frequenza e/o di durata limitata):** Sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
3. **Disturbo da binge-eating (a bassa frequenza e/o di durata limitata):** Sono soddisfatti tutti i criteri per il disturbo da binge-eating, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
4. **Disturbo da condotta di eliminazione:** Ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es., vomito autoindotto; uso improprio di lassativi, diuretici, o altri farmaci) in assenza di abbuffate.

5. **Sindrome da alimentazione notturna:** Ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio dal sonno oppure con l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. Vi sono consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali. L'alimentazione notturna causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da binge-eating o da un altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione 307.50 (F50.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Disturbi dell'evacuazione

Tutti i disturbi dell'evacuazione implicano l'evacuazione inappropriata di urine o feci e sono solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia o nell'adolescenza. Questo gruppo di disturbi comprende l'*enuresi*, la ripetuta emissione di urine in luoghi inappropriati, e l'*encopresi*, la ripetuta evacuazione di feci in luoghi inappropriati. Vengono proposti sottotipi per differenziare l'emissione notturna da quella diurna (per es., durante le ore di veglia) nell'enuresi e per differenziare la presenza o l'assenza di costipazione e incontinenza da sovrariempimento nell'encopresi. Sebbene esistano requisiti di età minima per la diagnosi di entrambi i disturbi, essi sono basati sull'età di sviluppo e non solo sull'età cronologica. Entrambi i disturbi possono essere volontari o involontari. Sebbene questi disturbi si verifichino di solito separatamente, possono anche essere osservati in concomitanza.

Enuresi

307.6 (F98.0)

Criteri diagnostici

A. Ripetuta emissione di urine nel letto o nei vestiti, sia involontaria sia intenzionale.

B. Il comportamento è clinicamente significativo, quando si manifesta con una frequenza di almeno 2 volte alla settimana per almeno 3 mesi consecutivi o con la presenza di disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. L'età cronologica è di almeno 5 anni (o livello di sviluppo equivalente).

D. Il comportamento non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., un diuretico, un farmaco antipsicotico) o a un'altra condizione medica (per es., diabete, spina bifida o un disturbo convulsivo).

Specificare quale:

Solo notturna: Emissione di urine solo durante il sonno notturno.

Solo diurna: Emissione di urine durante le ore di veglia.

Notturna e diurna: Una combinazione dei due sottotipi precedenti.

Sottotipi

Il sottotipo solo notturno di enuresi, spesso definito come *enuresi monosintomatica*, è il sottotipo più comune e implica incontinenza solo durante il sonno notturno, tipica-

mente durante il primo terzo della notte. Il sottotipo solo diurno si verifica in assenza di enuresi notturna e può essere definito semplicemente come *incontinenza urinaria*. Individui con questo sottotipo possono essere suddivisi in due gruppi. Individui con "incontinenza allo stimolo" hanno improvvisi sintomi di stimolo e instabilità del detrusore, mentre individui con "posposizione dello svuotamento" rinviano consapevolmente gli stimoli a urinare fino al momento in cui si ha l'incontinenza. Il sottotipo notturno e diurno è anche conosciuto come *enuresi nonmonosintomatica*.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale dell'enuresi è una ripetuta emissione di urine durante il giorno o di notte, nel letto o nei vestiti (Criterio A). La maggior parte delle volte l'emissione è involontaria ma, occasionalmente, può essere intenzionale. Per autorizzare una diagnosi di enuresi, l'emissione di urine deve avvenire almeno 2 volte alla settimana per almeno 3 mesi consecutivi, o deve causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio B). L'individuo deve aver raggiunto un'età in cui il controllo della minzione è previsto (cioè un'età cronologica di almeno 5 anni o, per i bambini con ritardi di sviluppo, deve esservi un'età mentale di almeno 5 anni) (Criterio C). L'incontinenza urinaria non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., un diuretico, un farmaco antipsicotico) o a un'altra condizione medica (per es., diabete, spina bifida o un disturbo convulsivo) (Criterio D).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Durante l'enuresi notturna, occasionalmente l'emissione avviene nella fase del sonno a movimenti oculari rapidi (REM), e il bambino può ricordare un sogno che comportava l'atto di urinare. Durante l'enuresi del giorno (diurna), il bambino rinvia l'emissione fino al momento in cui si manifesta l'incontinenza, talvolta a causa di una riluttanza nell'uso del bagno conseguente ad ansia sociale o a una preoccupazione relativa ad attività scolastiche o ludiche. Il momento dell'enuresi si verifica più comunemente nel primo pomeriggio durante i giorni di scuola e può essere associato a sintomi di comportamento dirompente. L'enuresi, di solito, persiste dopo un adeguato trattamento di un'infezione associata.

Prevalenza

La prevalenza dell'enuresi è di circa il 5-10% tra i bambini di 5 anni, il 3-5% tra quelli di 10 anni e di circa l'1% tra gli individui di oltre 15 anni.

Sviluppo e decorso

Sono stati descritti due tipi di decorso dell'enuresi: un tipo primario, in cui l'individuo non ha mai raggiunto la continenza urinaria, e un tipo secondario, in cui l'anomalia si sviluppa dopo che per un periodo è stata raggiunta la continenza urinaria. Non vi sono differenze nella prevalenza di disturbi mentali in comorbilità tra i due tipi. Per definizione, l'enuresi primaria inizia all'età di 5 anni. Il periodo più comune per l'esordio dell'enuresi secondaria è tra i 5 e gli 8 anni, ma può avvenire in qualsiasi momento. Dopo i 5 anni di età, la percentuale di remissioni spontanee è tra il 5 e il 10% per anno. La maggior parte dei bambini con questo disturbo raggiunge la continenza entro l'adolescenza, ma nell'1% circa dei casi il disturbo continua in età adulta. L'enuresi diurna è rara dopo i 9 anni di età. Mentre l'incontinenza diurna occasionale non è rara nella media

infanzia, è considerevolmente più comune in coloro che presentano anche persistente enuresi notturna. Quando l'enuresi persiste nella tarda infanzia o nell'adolescenza, la frequenza dell'incontinenza può aumentare, mentre la continenza nella prima infanzia è solitamente associata a una frequenza di episodi notturni di enuresi in diminuzione.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Sono stati suggeriti un certo numero di fattori predisponenti all'enuresi, fra cui un'educazione all'utilizzo dei servizi igienici ritardata o approssimativa e stress psicosociale.

Fattori genetici e fisiologici. L'enuresi è stata associata a ritardo nello sviluppo di ritmi circadiani normali nella produzione delle urine, con conseguente poliuria notturna o anomalie della sensibilità del recettore alla vasopressina centrale e una ridotta capacità vescicale funzionale con iperattività vescicale (sindrome della vescica instabile). L'enuresi notturna è un disturbo geneticamente eterogeneo. L'ereditabilità è stata evidenziata in famiglie, gemelli e analisi di segregazione. Il rischio di enuresi notturna nell'infanzia è approssimativamente 3,6 volte più alto nei figli di madri enuretiche e 10,1 volte più alto in presenza di incontinenza urinaria paterna. L'entità del rischio per l'enuresi notturna e l'incontinenza diurna è simile.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

L'enuresi è stata riferita in una varietà di paesi europei, africani e asiatici, così come negli Stati Uniti. A livello nazionale, i tassi di prevalenza sono notevolmente simili, e vi è grande similarità nelle traiettorie di sviluppo riscontrate in paesi diversi. Vi sono tassi di enuresi molto alti negli orfanotrofi e in altre strutture residenziali, probabilmente correlati alle modalità e all'ambiente in cui avviene l'educazione all'utilizzo dei servizi igienici.

Aspetti diagnostici correlati al genere

L'enuresi notturna è più comune nei maschi. L'incontinenza diurna è più comune nelle femmine. Il rischio relativo di avere un figlio che sviluppa enuresi è maggiore per i padri con una storia pregressa di enuresi che per le madri con una storia pregressa di enuresi.

Conseguenze funzionali dell'enuresi

L'entità della compromissione associata all'enuresi è una funzione della limitazione delle attività sociali del bambino (per es., non essere in grado di partecipare a un campeggio che preveda il dormire fuori casa) o del suo effetto sull'autostima del bambino, del grado di ostracismo sociale da parte dei coetanei, e della rabbia, delle punizioni e del rifiuto da parte dei caregiver.

Diagnosi differenziale

Vescica neurologica o altra condizione medica. La diagnosi di enuresi non viene fatta in presenza di una vescica neurologica o di un'altra condizione medica che causi poliuria o urgenza minzionale (per es., diabete mellito non trattato o diabete insipido) o durante un'infezione acuta del tratto urinario. Comunque, una diagnosi è compatibile con tali condizioni se l'incontinenza urinaria era regolarmente presente prima dello sviluppo di un'altra condizione medica o se essa persiste dopo l'instaurazione di un trattamento adeguato della condizione medica.

Effetti collaterali da farmaci. L'enuresi può verificarsi durante il trattamento con farmaci antipsicotici, diuretici o altri farmaci che possono provocare incontinenza. In questo caso, la diagnosi non dovrebbe essere posta da sola, ma dovrebbe essere annotata come effetto collaterale di un farmaco. Tuttavia, una diagnosi di enuresi può essere posta se l'incontinenza urinaria era regolarmente presente prima del trattamento con il farmaco.

Comorbilità

Sebbene la maggior parte dei bambini con enuresi non abbia un disturbo mentale in comorbilità, la prevalenza di sintomi comportamentali in comorbilità è più elevata nei bambini con enuresi che in quelli senza enuresi. In una parte dei bambini con enuresi sono anche presenti ritardi nello sviluppo, compresi ritardi nello sviluppo fonologico linguistico, nell'apprendimento e nelle abilità motorie. Possono anche essere presenti encopresi, sonnambulismo, terrore nel sonno. Le infezioni del tratto urinario sono più comuni nei bambini con enuresi, specie il sottotipo diurno, rispetto a coloro che hanno una normale continenza.

Encopresi

307.7 (F98.1)

Criteri diagnostici

A. Ripetuta emissione di feci in luoghi inappropriati (per es., nei vestiti, sul pavimento), sia involontaria sia intenzionale.

B. Tale evento si verifica almeno 1 volta al mese per almeno 3 mesi.

C. L'età cronologica è di almeno 4 anni (o livello di sviluppo equivalente).

D. Il comportamento non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., lassativi) o a un'altra condizione medica se non attraverso un meccanismo che comporti costipazione.

Specificare quale:

Con costipazione e incontinenza da sovrariempimento: L'esame obiettivo o l'anamnesi provano la presenza di costipazione.

Senza costipazione e incontinenza da sovrariempimento: L'esame obiettivo o l'anamnesi non provano la presenza di costipazione.

Sottotipi

Le feci, nel sottotipo con costipazione e incontinenza da sovrariempimento, sono tipicamente (ma non invariabilmente) poco formate e la fuoriuscita può variare da poco frequente a continua e si verifica prevalentemente durante il giorno e raramente durante il sonno. Soltanto una parte delle feci viene evacuata durante i tentativi di defecazione intenzionale, e l'incontinenza si risolve dopo il trattamento della costipazione.

Nel sottotipo senza costipazione e incontinenza da sovrariempimento, le feci sono solitamente di forma e consistenza normale, e l'individuo si sporca in maniera intermittente. Le feci possono essere depositate in un luogo significativo. Questo è solitamente associato alla presenza di disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta, oppure può essere la conseguenza di masturbazione anale. Lo sporcarsi senza costipazione sembra essere meno comune che lo sporcarsi con costipazione.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale dell'encopresi è la ripetuta emissione di feci in luoghi inappropriati (per es., nei vestiti o sul pavimento) (Criterio A). Più spesso l'emissione è involontaria, ma occasionalmente può essere intenzionale. L'evento deve verificarsi almeno 1 volta al mese per almeno 3 mesi (Criterio B), e l'età cronologica del bambino deve essere di almeno 4 anni (o per bambini con ritardi di sviluppo, l'età mentale deve essere di almeno 4 anni) (Criterio C). L'incontinenza fecale non deve essere esclusivamente attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., lassativi) o a un'altra condizione medica, se non attraverso un meccanismo che comporti costipazione (Criterio D).

Quando l'emissione di feci è involontaria piuttosto che intenzionale, è spesso correlata a costipazione, intasamento e ritenzione, con successiva incontinenza da sovrariempimento. La costipazione può svilupparsi per motivi psicologici (per es., ansia riguardante il defecare in un posto particolare, un più generale pattern di comportamento ansioso o oppositivo), che portano all'evitamento della defecazione. La predisposizione fisiologica alla costipazione comprende spinte inefficaci o dinamiche di defecazione parossistica, che comportano una contrazione piuttosto che un rilassamento dello sfintere esterno o del pavimento pelvico durante lo sforzo per la defecazione. Possono causare costipazione anche: disidratazione associata a una malattia con febbre, ipotiroidismo o effetti collaterali da farmaci. Una volta che si è sviluppata, la costipazione può essere complicata da ragadi anali, defecazione dolorosa e ritenzione fecale. La consistenza delle feci può variare. In alcuni individui possono essere di consistenza normale o quasi normale. In altri individui – come quelli con incontinenza da sovrariempimento secondaria a ritenzione fecale – possono essere liquide.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il bambino con encopresi spesso si vergogna e può desiderare di evitare situazioni (per es., campeggio, scuola) che possono metterlo in imbarazzo. L'entità della compromissione è funzione dell'effetto sull'autostima del bambino, del grado di ostracismo sociale da parte dei coetanei, e della rabbia, della punizione e del rifiuto da parte dei caregiver. L'imbrattamento con le feci può essere deliberato o accidentale, e risultare dal tentativo del bambino di pulire o nascondere le feci che sono state evacuate involontariamente. Quando l'incontinenza è chiaramente deliberata, possono essere presenti anche le caratteristiche del disturbo oppositivo provocatorio o del disturbo della condotta. Molti bambini con encopresi e costipazione cronica hanno anche sintomi di enuresi e possono presentare un reflusso urinario vescico-ureterale associato che può condurre a infezioni urinarie croniche, i cui sintomi possono andare incontro a remissione con il trattamento della costipazione.

Prevalenza

È stato stimato che circa l'1% dei bambini di 5 anni soffre di encopresi, e che il disturbo è più comune nei maschi che nelle femmine.

Sviluppo e decorso

L'encopresi non viene diagnosticata finché il bambino non ha raggiunto l'età cronologica di almeno 4 anni (o per bambini con ritardi di sviluppo, un'età mentale di almeno 4 anni). Un'educazione all'utilizzo dei servizi igienici inadeguata e contraddittoria e lo

stress psicosociale (per es., inizio della scuola, nascita di un fratellino) possono essere fattori predisponenti. Sono stati descritti due tipi di decorso: un tipo primario, in cui l'individuo non ha mai raggiunto la continenza fecale, e un tipo secondario, in cui il disturbo si sviluppa dopo un periodo di raggiunta continenza fecale. L'encopresi può persistere, con esacerbazioni intermittenti, per anni.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. La defecazione dolorosa può condurre alla costipazione e a cicli di comportamenti di trattenimento delle feci che rendono l'encopresi più probabile. L'uso di alcuni farmaci (per es., anticonvulsivanti, antitussigeni) possono aumentare la costipazione e rendere l'encopresi più probabile.

Marker diagnostici

In aggiunta all'esame obiettivo, l'imaging gastrointestinale (per es., radiografia dell'addome) può fornire informazioni per individuare ritenzione di feci e gas nel colon. Esami aggiuntivi, come il clisma opaco e la manometria anorettale, possono essere usati per aiutare a escludere altre condizioni mediche, come la malattia di Hirschsprung.

Diagnosi differenziale

Una diagnosi di encopresi in presenza di un'altra condizione medica è appropriata solo se il meccanismo implica costipazione che non può essere spiegata da altre condizioni mediche. L'incontinenza fecale associata ad altre condizioni mediche (per es., diarrea cronica, spina bifida, stenosi anale) non dovrebbe giustificare una diagnosi di encopresi secondo il DSM-5.

Comorbilità

Infezioni del tratto urinario possono presentarsi in comorbilità con l'encopresi e sono più comuni nelle femmine.

Disturbo dell'evacuazione con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dell'evacuazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dell'evacuazione. La categoria disturbo dell'evacuazione con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo dell'evacuazione. Questo viene fatto registrando "disturbo dell'evacuazione con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "enuresi a bassa frequenza").

Nota di codifica: Codice **788.39 (N39.498)** per disturbo dell'evacuazione con altra specificazione con sintomi urinari; **787.60 (R15.9)** per disturbo dell'evacuazione con altra specificazione con sintomi fecali.

Disturbo dell'evacuazione senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dell'evacuazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dell'evacuazione. La categoria disturbo dell'evacuazione senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo dell'evacuazione non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Nota di codifica: Codice **788.30 (R32)** per disturbo dell'evacuazione senza specificazione con sintomi urinari; **787.60 (R15.9)** per disturbo dell'evacuazione senza specificazione con sintomi fecali.

Disturbi del sonno-veglia

La classificazione del DSM-5 dei disturbi del sonno-veglia è rivolta agli operatori e ai medici della salute mentale e ai clinici (che seguono pazienti adulti, geriatrici e pediatrici). I disturbi del sonno-veglia comprendono 10 disturbi o gruppi di disturbi: disturbo da insonnia, disturbo da ipersonnolenza, narcolessia, disturbi del sonno correlati alla respirazione, disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, disturbi dell'arousal del sonno non-REM, disturbo da incubi, disturbo comportamentale del sonno REM, sindrome delle gambe senza riposo e disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci. Gli individui con questi disturbi lamentano insoddisfazione riguardo la qualità, la collocazione temporale e la durata del sonno. Lo stress e la compromissione delle attività diurne sono gli aspetti essenziali condivisi da tutti questi disturbi del sonno-veglia.

L'organizzazione di questo capitolo è strutturata per facilitare la diagnosi differenziale dei disturbi del sonno e per definire quando sia opportuno rivolgersi a uno specialista per un'ulteriore valutazione e per la pianificazione del trattamento. La nosologia dei disturbi del sonno del DSM-5 utilizza un approccio semplice e clinicamente utile, e al tempo stesso riflette i progressi della ricerca scientifica nel campo dell'epidemiologia, della genetica, della fisiopatologia, della valutazione e dell'intervento clinico emersi dopo il DSM-IV. In alcuni casi (per es., nel disturbo da insonnia) è stato utilizzato un approccio "aggregativo", mentre in altri casi (per es., narcolessia) è stato adottato un approccio "analitico", che riflette la disponibilità di validatori derivati dalla ricerca epidemiologica, neurobiologica e dagli interventi di ricerca.

I disturbi del sonno sono spesso accompagnati da depressione, ansia e modificazioni cognitive che devono essere prese in considerazione nella pianificazione e nella gestione del trattamento. Inoltre, è stato dimostrato che alterazioni del sonno persistenti (l'insonnia così come l'eccessiva sonnolenza) sono fattori di rischio per lo sviluppo successivo di malattie mentali e per i disturbi da uso di sostanze. Essi possono anche rappresentare l'espressione prodromica di un episodio di malattia mentale, permettendo di intervenire precocemente per prevenire o attenuare un episodio conclamato.

La diagnosi differenziale dei disturbi legati al sonno necessita di un approccio multidimensionale, che tenga in considerazione possibili condizioni mediche e neurologiche coesistenti. La coesistenza di condizioni cliniche è la regola, non l'eccezione. I disturbi del sonno forniscono un indicatore clinicamente utile di condizioni mediche e neurologiche che spesso coesistono con la depressione e con altri disturbi mentali comuni. Tra queste comorbilità sono significativi i disturbi del sonno correlati alla re-

spirazione, i disturbi cardiaci e polmonari (per es., scompenso cardiaco congestizio, broncopneumopatia cronica ostruttiva), le malattie neurodegenerative (per es., malattia di Alzheimer), e le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico (per es., osteoartrite). Tali condizioni non solo possono alterare il sonno, ma possono anche aggravarsi durante il sonno (per es., apnee prolungate o aritmie durante il sonno REM; arousal confusionali in pazienti con demenza; crisi convulsive in persone con epilessia parziale complessa). Il disturbo comportamentale del sonno REM è spesso una manifestazione precoce di malattie neurodegenerative (alfa-sinucleinopatie) quale il morbo di Parkinson. Per tutti questi motivi – correlati alla diagnosi differenziale, alla comorbilità clinica e alla facilitazione della pianificazione del trattamento – i disturbi del sonno sono inclusi nel DSM-5.

L'approccio utilizzato per classificare i disturbi del sonno-veglia nel DSM-5 può essere compreso all'interno del contesto "aggregazione versus separazione". Il DSM-IV ha rappresentato uno sforzo per semplificare la classificazione dei disturbi del sonno-veglia aggregandoli in più ampie e meno differenziate etichette diagnostiche. In maniera opposta, la seconda edizione della International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2) ha elaborato numerosi sottotipi diagnostici. Il DSM-IV è stato progettato per l'utilizzo da parte di clinici che si occupano di salute mentale e di medicina generale e non per esperti in medicina del sonno. L'ICSD-2 riflette la scienza e le opinioni della comunità degli esperti del sonno ed è stato progettato per l'uso da parte degli specialisti.

Il peso delle evidenze disponibili supporta le caratteristiche di efficacia superiore (interater reliability, così come la validità convergente, discriminante e facciale) di approcci più semplici e meno differenziati alla diagnosi dei disturbi del sonno-veglia. Il testo che accompagna ogni set di criteri diagnostici fornisce collegamenti ai corrispondenti disturbi inclusi nell'ICSD-2. La classificazione dei disturbi del sonno-veglia del DSM-5 specifica inoltre anche i corrispondenti elenchi non-psichiatrici (per es., codici neurologici) della International Classification of Diseases (ICD).

Il campo della medicina dei disturbi del sonno è progredito in questa direzione sin dalla pubblicazione del DSM-IV. L'uso di validatori biologici è ora incorporato nella classificazione dei disturbi del sonno-veglia del DSM-5, in particolare per i disturbi da eccessiva sonnolenza, quali la narcolessia; per i disturbi del sonno correlati alla respirazione, per i quali sono indicati studi formali del sonno (per es., polisonnografia); e per la sindrome delle gambe senza riposo, che può spesso coesistere con movimenti periodici delle gambe durante il sonno, rilevabili tramite polisonnografia.

Disturbo da insonnia 307.42 (F51.01)

Criteri diagnostici

A. Viene riferita una predominante insoddisfazione riguardo la quantità o la qualità del sonno, associata a uno (o più) dei seguenti sintomi:
   1. Difficoltà a iniziare il sonno (nei bambini, questa può manifestarsi come difficoltà a iniziare il sonno senza l'intervento della persona che se ne prende cura).
   2. Difficoltà a mantenere il sonno, caratterizzata da frequenti risvegli o problemi a riaddormentarsi dopo essersi svegliati (nei bambini, questa può manifestarsi come difficoltà di riaddormentarsi senza l'intervento della persona che se ne prende cura).
   3. Risveglio precoce al mattino con incapacità di riaddormentarsi.

B. L'alterazione del sonno causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo, scolastico, universitario, comportamentale o in altre aree importanti.

C. La difficoltà del sonno si verifica almeno 3 volte a settimana.

D. La difficoltà del sonno persiste per almeno 3 mesi.

E. La difficoltà del sonno si verifica nonostante adeguate condizioni per dormire.

F. L'insonnia non è meglio spiegata da, e non si verifica esclusivamente durante il decorso di, un altro disturbo del sonno-veglia (per es., narcolessia, un disturbo del sonno correlato alla respirazione, un disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia, una parasonnia).

G. L'insonnia non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (cioè una sostanza di abuso, un farmaco).

H. Disturbi mentali e condizioni mediche coesistenti non spiegano adeguatamente il disturbo predominante di insonnia.

Specificare se:

Comorbilità con un disturbo mentale non correlato al sonno, compresi i disturbi da uso di sostanze

Comorbilità con un'altra condizione medica

Comorbilità con un altro disturbo del sonno

Nota di codifica: Il codice 307.42 (F51.01) si applica a tutte e tre le condizioni sopra citate. Codificare inoltre il disturbo mentale, la condizione medica generale o un altro disturbo del sonno rilevante associato subito dopo il codice del disturbo da insonnia, al fine di indicare l'associazione.

Specificare se:

Episodico: I sintomi durano per almeno 1 mese, ma meno di 3 mesi.

Cronico: I sintomi durano per almeno 3 mesi o più.

Ricorrente: Due (o più) episodi nell'arco di 1 anno.

Nota: L'insonnia acuta e di breve termine (cioè con sintomi di durata inferiore a 3 mesi, ma che soddisfano altrimenti tutti i criteri riguardo la frequenza, l'intensità, lo stress e/o la compromissione) dovrebbe essere codificata come disturbo da insonnia con altra specificazione.

Nota. La diagnosi di disturbo da insonnia viene assegnata se il disturbo si manifesta come una condizione indipendente o in comorbilità con un altro disturbo mentale (per es., disturbo depressivo maggiore), una condizione medica (per es., dolore) o un altro disturbo del sonno (per es., un disturbo del sonno correlato alla respirazione). Per esempio, l'insonnia può sviluppare il proprio decorso con caratteristiche di ansia e depressione, ma in assenza dei criteri che soddisfano un particolare disturbo mentale. L'insonnia può anche manifestarsi come caratteristica clinica di un disturbo mentale più evidente. L'insonnia persistente può anche essere un fattore di rischio per depressione ed è un sintomo residuale comune dopo il trattamento di questa condizione. In presenza di insonnia in comorbilità e di un disturbo mentale, può anche essere necessario impostare un trattamento per entrambe le condizioni. Dati questi differenti decorsi, è spesso impossibile stabilire la natura precisa del rapporto tra tali entità cliniche, e questo rapporto può cambiare nel tempo. Pertanto, in presenza di insonnia e di un disturbo in comorbilità, non è necessario stabilire un rapporto causale tra le due condizioni. Piuttosto, la diagnosi di disturbo da insonnia è posta speci-

ficando le concomitanti condizioni cliniche in comorbilità. Una diagnosi di insonnia concomitante deve essere considerata solo quando l'insonnia è sufficientemente grave da giustificare un'attenzione clinica indipendente; in caso contrario, non è necessaria alcuna diagnosi separata.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo da insonnia è l'insoddisfazione riguardo la quantità e la qualità del sonno, che si traduce in una difficoltà a iniziare o a mantenere il sonno. I disturbi legati al sonno si accompagnano a un disagio clinicamente significativo o a una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Il disturbo del sonno può verificarsi nel corso di un altro disturbo mentale o condizione medica, o può verificarsi indipendentemente.

Differenti manifestazioni di insonnia possono verificarsi in tempi diversi del periodo di sonno. L'insonnia dell'inizio del sonno (o insonnia iniziale) comporta difficoltà a iniziare il sonno al momento di coricarsi. L'insonnia del mantenimento del sonno (o insonnia centrale) comporta risvegli frequenti o protratti nel corso della notte. L'insonnia tardiva comporta un risveglio mattutino precoce con incapacità di riaddormentarsi. La difficoltà a mantenere il sonno è il più comune sintomo singolo dell'insonnia, seguito dalla difficoltà di addormentarsi, mentre una combinazione di questi sintomi è in generale la manifestazione più comune. La lamentela specifica legata al sonno varia spesso nel tempo. Gli individui che si lamentano della difficoltà di addormentarsi in una certa fase della loro vita, successivamente si lamentano di difficoltà a mantenere il sonno, e viceversa. I sintomi della difficoltà ad addormentarsi e della difficoltà a mantenere il sonno possono essere quantificati da resoconti retrospettivi compilati dai pazienti, da diari del sonno, o da altri metodi quali l'actigrafia o la polisonnografia, ma la diagnosi di disturbo da insonnia è basata sulla percezione soggettiva del sonno dell'individuo o su quanto riferito da chi presta assistenza.

Il sonno non ristoratore, espresso come qualità scadente del sonno che non lascia l'individuo riposato al momento del risveglio nonostante una durata di sonno adeguata, è una lamentela comune legata al sonno, che di solito si presenta associata alla difficoltà a iniziare o a mantenere il sonno o, meno frequentemente, in modo isolato. Questa lamentela può inoltre essere riferita in associazione con altri disturbi del sonno (per es., disturbo del sonno correlato alla respirazione). Quando la lamentela di sonno non ristoratore si manifesta in modo isolato (per es., in assenza di difficoltà a iniziare e/o a mantenere il sonno) ma vengono tuttavia soddisfatti tutti gli altri criteri diagnostici relativi a frequenza, durata, disagio diurno e compromissione del funzionamento, viene posta una diagnosi di disturbo da insonnia con altra specificazione o di disturbo da insonnia senza specificazione.

A parte criteri di frequenza e di durata richiesti per porre la diagnosi, sono utili alcuni criteri aggiuntivi per poter quantificare la gravità dell'insonnia. Questi criteri quantitativi, peraltro arbitrari, vengono forniti unicamente a scopo illustrativo. Per esempio, la difficoltà di addormentamento è definita come una latenza di sonno soggettiva maggiore di 20-30 minuti, e la difficoltà nel mantenere il sonno è definita come un tempo di veglia soggettiva successivo all'inizio del sonno maggiore di 20-30 minuti. Sebbene non vi sia una definizione standard del risveglio precoce al mattino, questo sintomo implica un risveglio anticipato di almeno 30 minuti rispetto all'orario prestabilito e prima che il tempo complessivo di sonno abbia raggiunto le 6 ore e mezzo. È essenziale tenere conto non solo del momento finale del risveglio, ma anche dell'ora in cui ci si è coricati la sera precedente. Un risveglio alle 4 del mattino non ha lo stesso significato clinico

in chi va a letto alle 21 e in chi va a letto alle 23. Tale sintomo può anche riflettere una diminuzione correlata all'età della capacità di mantenere il sonno o un cambiamento sempre legato all'età della tempistica del periodo principale di sonno.

Il disturbo da insonnia implica compromissioni diurne così come difficoltà del sonno notturno. Le compromissioni diurne comprendono astenia o, meno comunemente, sonnolenza diurna; quest'ultima è più comune negli individui più anziani e quando l'insonnia è in comorbilità con un'altra condizione medica (dolore cronico) o un altro disturbo del sonno (per es., apnea del sonno). Una compromissione delle prestazioni cognitive può comprendere difficoltà di attenzione, concentrazione e memoria, persino mentre si eseguono esercizi manuali semplici. Sono tipicamente descritte alterazioni dell'umore associate, quali irritabilità, umore labile e, meno comunemente, sintomi depressivi o ansiosi. Non tutti gli individui con disturbi del sonno notturno sono stressati o hanno una compromissione funzionale. Per esempio, la continuità del sonno è spesso interrotta in individui anziani in buona salute che nondimeno si riconoscono come buoni dormitori. Una diagnosi di disturbo da insonnia dovrebbe essere riservata agli individui con significativo disagio o compromissione diurni correlati alle difficoltà del loro sonno notturno.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'insonnia è spesso associata a arousal fisiologica e cognitiva e a fattori di condizionamento che interferiscono con il sonno. Una preoccupazione legata al sonno e il disagio dovuto all'incapacità di dormire possono contribuire allo sviluppo di un circolo vizioso: più l'individuo si sforza di dormire, più cresce la frustrazione e si compromette ulteriormente il sonno. Pertanto, un'eccessiva attenzione all'impegno per dormire, che sfianca i normali meccanismi dell'addormentamento, può contribuire allo sviluppo dell'insonnia. Gli individui con insonnia persistente possono anche acquisire abitudini (per es., passare eccessivo tempo a letto; seguire un orario irregolare di sonno; fare sonnellini) e convinzioni sul sonno inadeguate (per es., paura di non avere sonno; apprensioni verso le compromissioni funzionali diurne; controllo dell'ora) durante il decorso del disturbo. Impegnarsi in tali attività in un ambiente in cui l'individuo ha passato frequentemente notti insonni può aggravare ulteriormente la reattività condizionata e può perpetuare le difficoltà di addormentarsi. Al contrario, l'individuo può addormentarsi più facilmente quando non cerca di farlo. Alcuni individui inoltre riferiscono di dormire meglio lontano dalla propria camera da letto e dai propri contesti abituali.

L'insonnia può essere accompagnata da una varietà di sintomi diurni, compresi astenia, facile affaticamento e alterazioni dell'umore. Possono essere presenti sintomi di ansia o depressione che non soddisfano i criteri per uno specifico disturbo mentale, così come un'eccessiva focalizzazione sugli effetti percepiti della perdita del sonno sulle prestazioni diurne.

Gli individui con insonnia possono avere punteggi elevati nei questionari psicologici o di personalità da loro stessi compilati, con profili indicanti depressione e ansia lievi, un profilo cognitivo apprensivo, una tendenza a risolvere i conflitti focalizzata sulle emozioni e su processi di interiorizzazione, e su un focus somatico. I pattern di compromissione neurocognitiva tra gli individui con disturbo da insonnia non sono coerenti, sebbene possano esserci compromissioni nei test di performance a elevata complessità e in quelle che richiedono frequenti cambi di strategia di prestazioni. Gli individui con insonnia spesso richiedono maggiore sforzo per mantenere una prestazione cognitiva.

Prevalenza

Stime basate sulla popolazione indicano che circa un terzo degli adulti riferisce sintomi di insonnia, nel 10-15% si associano a compromissioni diurne, e il 6-10% ha sintomi che soddisfano i criteri per il disturbo da insonnia. Il disturbo da insonnia è il più diffuso di tutti i disturbi del sonno. In contesti di assistenza primaria, circa il 10-20% degli individui lamenta significativi sintomi di insonnia. L'insonnia è un disturbo più diffuso tra le femmine che fra i maschi, con un rapporto di genere intorno all'1,44:1. Sebbene l'insonnia possa essere un sintomo o un disturbo indipendente, è più frequentemente osservata come condizione in comorbilità con un'altra condizione medica o con un disturbo mentale. Per esempio, il 40-50% degli individui con insonnia manifesta anche una comorbilità con un altro disturbo mentale.

Sviluppo e decorso

L'esordio dei sintomi dell'insonnia può verificarsi in ogni momento della vita, ma il primo episodio è più comune nei giovani adulti. Meno frequentemente l'insonnia inizia nell'infanzia o nell'adolescenza. Nelle femmine, l'insonnia di nuova insorgenza può verificarsi durante la menopausa e persiste anche dopo che altri sintomi (per es., le vampate di calore) si sono risolti. L'insonnia può avere un esordio in tarda età, spesso associato alla comparsa di altre condizioni di salute.

L'insonnia può essere situazionale, persistente o ricorrente. L'insonnia situazionale o acuta di solito dura pochi giorni o poche settimane ed è spesso associata a eventi di vita o a cambiamenti repentini degli orari del sonno o dell'ambiente. Di solito si risolve una volta scomparso l'evento precipitante. Per alcuni individui, forse quelli più vulnerabili ai disturbi del sonno, l'insonnia può persistere a lungo dopo l'evento scatenante iniziale, probabilmente a causa di fattori di condizionamento e di iper-arousal. I fattori che precipitano l'insonnia possono essere diversi da quelli che la perpetuano. Per esempio, un individuo che è costretto a stare a letto con una lesione dolorosa e ha difficoltà a dormire, può successivamente sviluppare associazioni negative per il sonno. Risvegli condizionati possono perciò persistere oltre il periodo di convalescenza, portando a insonnia persistente. Un decorso simile può svilupparsi nel contesto di uno stress psicologico acuto o di un disturbo mentale. Per esempio, l'insonnia che si verifica durante un episodio di disturbo depressivo maggiore può diventare un focus di attenzione, con conseguente condizionamento negativo, e persistere persino dopo la risoluzione dell'episodio depressivo. In certi casi l'insonnia può anche avere un esordio insidioso, senza alcun fattore scatenante identificabile.

Il decorso dell'insonnia può anche essere episodico, con episodi ricorrenti di difficoltà del sonno associati al verificarsi di eventi stressanti. I tassi di cronicità variano dal 45 al 75% nei follow-up di 1-7 anni. Anche quando il decorso dell'insonnia è divenuto cronico, vi è variabilità nella tipologia del sonno da notte a notte, con un'occasionale notte di sonno riposante intervallata da diverse notti di sonno scadente. Le caratteristiche dell'insonnia possono inoltre cambiare nel tempo. Molti individui con insonnia hanno una storia di sonno "leggero" o facilmente disturbato precedente all'esordio di più persistenti problemi di sonno.

Sono gli adulti di mezza età e gli anziani che si lamentano più spesso di insonnia. Il tipo di sintomi dell'insonnia cambia in funzione dell'età, con la difficoltà a iniziare il sonno più comune tra gli adulti giovani e i problemi di mantenimento del sonno più frequenti tra gli individui di mezza età e tra gli anziani.

Le difficoltà di iniziare e mantenere il sonno possono inoltre verificarsi nei bambini e negli adolescenti, ma vi sono dati più limitati su prevalenza, fattori di rischio e comorbilità durante queste fasi di sviluppo ontogenetico. Le difficoltà del sonno nell'infanzia possono derivare da fattori di condizionamento (per es., un bambino che non impara a addormentarsi o a riaddormentarsi in assenza di un genitore) o dalla mancanza di orari di sonno costanti e di rituali rilassanti al momento di coricarsi. L'insonnia nell'adolescenza è spesso determinata o esacerbata da orari irregolari del sonno (per es., a fase ritardata). Nei bambini così come negli adolescenti possono contribuire all'insonnia fattori psicologici e medici.

L'aumento della prevalenza dell'insonnia negli anziani è parzialmente spiegato dalla maggiore incidenza di problemi di salute fisica legati all'invecchiamento. I cambiamenti dei ritmi del sonno associati al normale processo di sviluppo devono essere differenziati da quei cambiamenti che vanno oltre i normali cambiamenti correlati all'età. Anche se la polisonnografia ha un valore limitato nella valutazione di routine dell'insonnia, può essere più utile nella diagnosi differenziale tra gli anziani, perché le eziologie dell'insonnia (per es., apnea del sonno) sono più spesso identificabili negli individui più vecchi.

Fattori di rischio e prognosi

Mentre i fattori di rischio e i fattori prognostici discussi in questa sessione aumentano la vulnerabilità all'insonnia, i disturbi del sonno hanno più probabilità di verificarsi quando individui predisposti sono esposti a eventi precipitanti, quali eventi importanti della vita (per es., malattia, separazione) o stress quotidiani meno gravi ma cronici. La maggior parte degli individui recupera normali pattern di sonno dopo la scomparsa dell'evento scatenante, ma altri – forse quelli più vulnerabili all'insonnia – continuano a provare persistenti difficoltà del sonno. Fattori perpetuanti quali cattive abitudini di sonno, irregolarità nell'orario di sonno e paura di non dormire alimentano il problema dell'insonnia e possono contribuire a un circolo vizioso che può indurre insonnia persistente.

Fattori temperamentali. Profili di personalità e stili cognitivi ansiosi o inclini alla preoccupazione, aumentata predisposizione all'arousal e tendenza a reprimere le emozioni possono aumentare la vulnerabilità all'insonnia.

Fattori ambientali. Rumore, luce, temperatura eccessivamente calda o fredda e alta quota possono inoltre aumentare la vulnerabilità all'insonnia.

Fattori genetici e fisiologici. Il genere femminile e l'invecchiamento sono associati all'aumento della vulnerabilità all'insonnia. Il sonno disturbato e l'insonnia mostrano una predisposizione familiare: La prevalenza dell'insonnia è più elevata tra i gemelli monozigoti rispetto ai gemelli dizigoti; è inoltre più elevata nei familiari di primo grado rispetto alla popolazione generale. La misura in cui questo legame è ereditato attraverso una predisposizione genetica, appreso dall'osservazione dei modelli genitoriali o instaurato come conseguenza di un'altra psicopatologia, resta ancora indeterminata.

Modificatori del decorso. Modificatori negativi del decorso della malattia comprendono una scarsa igiene del sonno (per es., eccessivo uso di caffeina, orari irregolari del sonno).

Aspetti diagnostici correlati al genere

L'insonnia è più diffusa tra le femmine rispetto ai maschi, con la prima insorgenza di solito associata alla nascita di un nuovo figlio o alla menopausa. A dispetto dell'alta pre-

valenza tra gli individui anziani di sesso femminile, gli studi polisonnografici suggeriscono una migliore preservazione della continuità del sonno e del sonno a onde-lente negli individui anziani di sesso femminile rispetto agli individui anziani di sesso maschile.

Marker diagnostici

La polisonnografia di solito mostra la compromissione della continuità del sonno (per es., aumentata latenza del sonno e del tempo di veglia dopo l'inizio del sonno e diminuzione dell'efficienza del sonno [percentuale di tempo che si passa nel letto dormendo]) e può mostrare aumento dello stadio 1 e diminuzione degli stadi 3 e 4 del sonno. La gravità di tali compromissioni del sonno non sempre corrisponde al quadro clinico riferito dal paziente o alla lamentela personale di sonno scadente, poiché individui con insonnia spesso sottostimano la durata del loro sonno e sovrastimano lo stato di veglia rispetto alla polisonnografia. Analisi elettroencefalografiche quantitative possono indicare che gli individui con insonnia hanno più elevata rappresentazione elettroencefalografica delle alte frequenze rispetto ai buoni dormitori, sia durante il periodo iniziale del sonno sia durante il sonno non-REM, caratteristica indicativa di una maggiore arousal corticale. Gli individui con disturbo da insonnia possono avere una più bassa propensione al sonno e tipicamente non mostrano un aumento della sonnolenza diurna nelle misurazioni oggettive di laboratorio del sonno rispetto agli individui senza disturbi del sonno.

Altri esami di laboratorio mostrano evidenze, anche se non sempre coerenti, di aumentata arousal e di un'attivazione generalizzata dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (per es., aumentati livelli di cortisolo, variabilità della frequenza cardiaca, reattività allo stress, indice metabolico). In generale, i risultati sono coerenti con l'ipotesi che l'aumento dell'arousal fisiologica e cognitiva giochi un ruolo significativo nel disturbo da insonnia.

Gli individui con disturbo da insonnia possono apparire affaticati o sofferenti oppure, al contrario, sovraeccitati e "connessi". Tuttavia, non vi sono anomalie specifiche o caratteristiche all'esame obiettivo. Ci può essere un aumento dell'incidenza dei sintomi psicofisiologici correlati allo stress (per es., mal di testa, tensione muscolare o dolore, sintomi gastrointestinali).

Conseguenze funzionali del disturbo da insonnia

Problemi interpersonali, sociali e professionali possono svilupparsi come risultato dell'insonnia o dell'eccessiva preoccupazione per il sonno, dell'aumento dell'irritabilità durante il giorno e della scarsa concentrazione. Diminuzione dell'attenzione e della concentrazione sono frequenti e possono essere correlate a maggiori probabilità di incidenti osservati nei pazienti insonni. L'insonnia persistente è anche associata a conseguenze a lungo termine, tra cui un aumento del rischio di sviluppare un disturbo depressivo maggiore, ipertensione e infarto miocardico; maggiore assenteismo e ridotta produttività sul lavoro; riduzione della qualità di vita; e aumentato onere economico.

Diagnosi differenziale

Normali variazioni del sonno. La durata "normale" del sonno varia considerevolmente tra individui. Alcuni individui che necessitano di dormire poco ("brevi dormitori") possono essere preoccupati per la durata del loro sonno. I brevi dormitori differiscono dagli individui con disturbo da insonnia per la mancanza di difficoltà nell'addormentarsi o nel mantenere il sonno e per l'assenza dei caratteristici sintomi diurni (per es., astenia, problemi di concentrazione, irritabilità). Tuttavia, alcuni brevi dormitori possono desiderare o cercare di dormire per un periodo di tempo più lungo e, prolungando il tempo trascorso a letto, possono creare una modalità di sonno simile a quella dell'insonnia. L'insonnia clinica dovrebbe anche essere distinta dai normali cambiamenti del sonno correlati all'età. L'insonnia deve inoltre essere distinta dalla privazione del sonno dovuta a condizioni o circostanze di sonno inadeguate che derivano, per esempio, da una situazione di emergenza o da obblighi professionali o familiari che costringono l'individuo a rimanere sveglio.

Insonnia acuta/situazionale. L'*insonnia acuta/situazionale* è una condizione della durata di pochi giorni o poche settimane, spesso associata a eventi di vita o a variazioni degli orari del sonno. Questi sintomi di insonnia acuta o di breve termine possono anche produrre disagio significativo e interferire con il funzionamento sociale, personale e occupazionale. Quando questi sintomi sono abbastanza frequenti e soddisfano tutti gli altri criteri, tranne quello relativo alla durata di 3 mesi, viene posta una diagnosi di disturbo da insonnia con altra specificazione o disturbo da insonnia senza specificazione.

Tipi fase di sonno ritardata e lavoro con turni del disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia. Individui con disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia del tipo fase di sonno ritardata riferiscono insonnia dell'inizio del sonno solo quando cercano di dormire in orari ritenuti socialmente normali, ma non riferiscono difficoltà nell'addormentarsi o nel mantenere il sonno quando il tempo trascorso a letto e il momento in cui si alzano vengono posticipati e coincidono con il loro ritmo circadiano endogeno. Il disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia tipo lavoro con turni differisce dal disturbo di insonnia per una storia recente di lavoro con turni.

Sindrome delle gambe senza riposo. La sindrome delle gambe senza riposo spesso produce difficoltà a iniziare e a mantenere il sonno. Tuttavia, la necessità di muovere le gambe e le sensazioni spiacevoli alle gambe che la accompagnano sono le caratteristiche che differenziano questo disturbo dal disturbo da insonnia.

Disturbi del sonno correlati alla respirazione. La maggioranza di individui con disturbo del sonno correlato alla respirazione ha una storia di russamento pesante, pause respiratorie durante il sonno ed eccessiva sonnolenza diurna. Tuttavia, ben il 50% degli individui con apnea del sonno può anche riferire sintomi di insonnia, una caratteristica che è più comune tra le femmine e tra gli anziani.

Narcolessia. Pazienti con narcolessia possono lamentare insonnia. Tuttavia, la narcolessia si distingue dal disturbo da insonnia per la predominanza di sintomi di eccessiva sonnolenza diurna, cataplessia, paralisi del sonno e allucinazioni correlate al sonno.

Parasonnie. Le parasonnie sono caratterizzate da eventi o comportamenti inusuali durante il sonno, che possono portare a risvegli intermittenti e a difficoltà a riaddormentarsi. Tuttavia sono questi eventi comportamentali, piuttosto che l'insonnia stessa, a dominare il quadro clinico.

Disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci, tipo insonnia. Il disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci, tipo insonnia, è distinto dal disturbo da insonnia per il fatto che una sostanza (cioè una sostanza di abuso, un farmaco o l'esposizione a una tossina) viene ritenuta eziologicamente correlata all'insonnia (si veda "Disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci" più avanti in questo capitolo). Per esempio, l'insonnia che si verifica soltanto in un contesto di forte consumo di caffè dovrebbe essere diagnosticata come disturbo del sonno tipo insonnia indotto da caffeina, con esordio durante l'intossicazione.

Comorbilità

L'insonnia compare spesso in comorbilità con molte condizioni mediche, tra cui diabete, malattia coronarica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, artrite, fibromialgia e altre condizioni di dolore cronico. Il rapporto di rischio compare in modo bidirezionale: l'insonnia aumenta il rischio di condizioni mediche e i problemi clinici aumentano il rischio di insonnia. La direzione del rapporto non è sempre chiara e può cambiare nel tempo; per questa ragione, insonnia in comorbilità è la terminologia da preferire in presenza di insonnia che coesiste con un'altra condizione medica (o disturbo mentale).

Individui con disturbo da insonnia presentano frequentemente un disturbo mentale in comorbilità, in particolare il disturbo bipolare, il disturbo depressivo e i disturbi d'ansia. L'insonnia persistente rappresenta un fattore di rischio o un sintomo precoce di un successivo disturbo bipolare, depressivo, d'ansia e da uso di sostanze. Individui con disturbo da insonnia possono abusare di farmaci o alcol per aiutare il sonno notturno, ansiolitici per combattere tensione o ansia, e caffeina o altri stimolanti per combattere l'eccessiva astenia. Oltre a peggiorare l'insonnia, questa modalità di uso delle sostanze può progredire in alcuni casi fino al disturbo da uso di sostanze.

Relazione con la International Classification of Sleep Disorders

Vi sono diversi distinti fenotipi di insonnia relativi all'origine riconosciuta dell'insonnia nella seconda edizione della International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2). Questi comprendono *insonnia psicofisiologica*, *insonnia idiopatica*, *alterata percezione del proprio stato di sonno* e *inadeguata igiene del sonno*. Nonostante il loro interesse clinico e il loro valore euristico, esistono evidenze limitate a supporto di questi distinti fenotipi.

Disturbo da ipersonnolenza 307.44 (F51.11)

Criteri diagnostici

A. Riferita eccessiva sonnolenza (ipersonnolenza) nonostante un periodo principale di sonno della durata di almeno 7 ore, con almeno uno dei seguenti sintomi:
   1. Periodi ricorrenti di sonno o intrusioni di sonno nel corso della stessa giornata.
   2. Un episodio principale prolungato di sonno della durata di più di 9 ore al giorno che non è ristoratore (cioè non riposante).
   3. Difficoltà nell'essere completamente svegli in seguito a un risveglio improvviso.

B. L'ipersonnolenza si manifesta almeno tre volte alla settimana, per almeno 3 mesi.

C. L'ipersonnolenza è accompagnata da disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito cognitivo, sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. L'ipersonnolenza non è giustificata da un altro disturbo del sonno e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un altro disturbo del sonno (per es., narcolessia, disturbo del sonno correlato alla respirazione, disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia o una parasonnia).

E. L'ipersonnolenza non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco).

F. La coesistenza di disturbi mentali e clinici non spiega adeguatamente la predominante lamentela di ipersonnolenza.

Specificare se:

Con un disturbo mentale, inclusi i disturbi da uso di sostanze

Con una condizione medica

Con un altro disturbo del sonno

Nota di codifica: Il codice 307.44 (F51.11) si applica a tutti e tre gli specificatori. Codificare inoltre il disturbo mentale, la condizione medica o gli altri disturbi del sonno di rilievo associati al disturbo subito dopo il codice del disturbo da ipersonnolenza in maniera da indicare l'associazione.

Specificare se:

Acuto: Durata inferiore a 1 mese

Subacuto: Durata da 1 a 3 mesi

Persistente: Durata di più di 3 mesi

Specificare la gravità attuale:

Specificare la gravità in base al grado di difficoltà nel mantenere la vigilanza diurna, come manifestato dai molteplici attacchi di sonnolenza irresistibile che si verificano in un dato giorno, per esempio, mentre si è seduti, alla guida, in visita da amici o sul lavoro.

Lieve: Difficoltà a mantenere la vigilanza diurna 1-2 giorni/settimana.

Moderata: Difficoltà a mantenere la vigilanza diurna 3-4 giorni/settimana.

Grave: Difficoltà a mantenere la vigilanza diurna 5-7 giorni/settimana.

Caratteristiche diagnostiche

L'*ipersonnolenza* è un termine diagnostico ampio e comprende sintomi di eccessiva quantità di sonno (per es., il prolungato sonno notturno o il sonno diurno involontario), veglia di qualità deteriorata (cioè la propensione a dormire durante la veglia, come mostrato dalla difficoltà a risvegliarsi o dall'incapacità di rimanere svegli quando richiesto) e di inerzia del sonno (un periodo di prestazione compromessa e di ridotta vigilanza successivo al risveglio da un regolare episodio di sonno o da un sonnellino) (Criterio A). Gli individui con questo disturbo si addormentano rapidamente e hanno una buona efficienza del sonno (>90%). Possono avere difficoltà di risveglio al mattino, apparendo a volte confusi, litigiosi o atassici. Questa prolungata compromissione della vigilanza al passaggio sonno-veglia è spesso riferita come *inerzia del sonno* (cioè ubriachezza da sonno). Può verificarsi anche al risveglio da un sonnellino diurno. Durante questo periodo, l'individuo appare sveglio, ma vi è un calo dell'abilità motoria, il comportamento può essere molto inappropriato e si possono verificare deficit di memoria, disorientamento nel tempo e nello spazio, e sensazione di intontimento. Questo periodo può durare da alcuni minuti a ore.

Il persistente bisogno di sonno può portare a comportamenti automatici (solitamente di tipo routinario, e poco complesso) che l'individuo esegue con limitato o nessun ricordo successivo. Per esempio, gli individui possono scoprire di aver guidato per parecchi chilometri oltre il punto dove pensavano di trovarsi, inconsapevoli di aver guidato "automaticamente" nei minuti precedenti. Per alcuni individui con disturbo da ipersonnolenza, il principale episodio di sonno (per la maggior parte degli individui, il sonno notturno) ha una durata di 9 ore o più. Tuttavia, il sonno è spesso non ristoratore ed è seguito da difficoltà di risveglio al mattino. Per altri individui con disturbo da ipersonnolenza, il principale episodio di sonno è della durata di un normale sonno notturno (6-9 ore). In questi casi, l'eccessiva sonnolenza è caratterizzata da diversi sonnellini diurni involontari. Questi sonnellini diurni tendono a essere relativamente

lunghi (spesso durano un'ora o più), sono vissuti come non riposanti (cioè non ristoratori) e spesso non comportano un miglioramento della vigilanza. Gli individui con ipersonnolenza fanno sonnellini diurni quasi tutti i giorni, indipendentemente dalla durata del sonno notturno. La qualità soggettiva del sonno può essere o non essere riferita come buona. Gli individui avvertono tipicamente una sonnolenza che si sviluppa per un certo periodo di tempo, piuttosto che "attacchi" di sonno improvvisi. Tipici episodi di sonno involontario si verificano in situazioni di ridotta stimolazione o di ridotta attività (per es., ascoltando delle conferenze, leggendo, guardando la televisione, o guidando su lunghe distanze), ma nei casi più gravi essi possono manifestarsi anche nelle situazioni dove l'attenzione è elevata, come al lavoro, nel corso di riunioni o durante eventi sociali.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il sonno non ristoratore, i comportamenti automatici, la difficoltà di risveglio al mattino e l'inerzia del sonno, sebbene siano comuni nel disturbo da ipersonnolenza, possono presentarsi anche in diverse condizioni, compresa la narcolessia. Circa l'80% degli individui con ipersonnolenza riferisce di avere un sonno non ristoratore e molti hanno difficoltà nel risvegliarsi al mattino. L'inerzia del sonno, anche se meno comune (viene osservata nel 36-50% degli individui con disturbo da ipersonnolenza), è altamente specifica dell'ipersonnolenza. I sonnellini brevi (durata inferiore a 30 minuti) sono spesso non ristoratori. Individui con ipersonnolenza spesso appaiono assonnati e possono persino addormentarsi nella sala di attesa del medico.

Un sottogruppo di individui con disturbo da ipersonnolenza ha una storia familiare di ipersonnolenza e presenta anche sintomi di disfunzione del sistema nervoso autonomo, comprese cefalee ricorrenti di tipo vascolare, reattività del sistema vascolare periferico (fenomeno di Raynaud) e lipotimie.

Prevalenza

Circa il 5-10% degli individui che consultano i clinici per i disturbi del sonno lamentando sonnolenza diurna riceve una diagnosi di disturbo da ipersonnolenza. Si stima che circa l'1% della popolazione di Europa e Stati Uniti presenta episodi di inerzia del sonno. L'ipersonnolenza si verifica con una frequenza relativamente uguale tra maschi e femmine.

Sviluppo e decorso

Il disturbo da ipersonnolenza ha un decorso persistente, con una progressiva evoluzione della gravità dei sintomi. Nei casi più estremi, gli episodi di sonno possono durare fino a 20 ore. Tuttavia, la durata media del sonno notturno è di circa 9 ore e mezzo. Mentre molti individui con ipersonnolenza sono in grado di ridurre il loro tempo di sonno durante i giorni lavorativi, nei weekend e in vacanza il loro sonno aumenta notevolmente (fino a un massimo di 3 ore). I risvegli sono molto difficili e accompagnati da episodi di inerzia del sonno in quasi il 40% dei pazienti. Nella maggior parte dei casi l'ipersonnolenza si manifesta pienamente nella tarda adolescenza o nella prima età adulta, con un'età media di insorgenza di 17-24 anni. Gli individui con disturbo da ipersonnolenza ricevono la diagnosi, in media, 10-15 anni dopo la comparsa dei primi sintomi. I casi pediatrici sono rari.

L'ipersonnolenza ha un esordio progressivo, con sintomi che iniziano tra i 15 e i 25 anni, con una progressione graduale nel corso delle settimane e dei mesi. Per la maggior parte degli individui il decorso è quindi persistente e stabile, a meno che non si inizi un trattamento. Lo sviluppo di altri disturbi del sonno (per es., disturbo del sonno correlato alla respirazione) può peggiorare il grado di sonnolenza. Benché l'iperattività possa essere uno dei segni di sonnolenza diurna che si manifestano nei bambini, i sonnellini volontari aumentano con l'età. Questo fenomeno normale è distinto dall'ipersonnolenza.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. L'ipersonnolenza può essere aumentata temporaneamente dallo stress psicologico e dall'uso di alcol, sebbene questi non siano stati documentati come fattori ambientali precipitanti. Nel 10% circa dei casi sono state descritte infezioni virali che hanno preceduto o accompagnato l'ipersonnolenza. Infezioni virali, quali polmonite HIV, mononucleosi infettiva e sindrome di Guillain-Barré, possono anche evolvere in ipersonnolenza entro pochi mesi dopo l'infezione. L'ipersonnolenza può inoltre comparire entro 6-18 mesi dopo un trauma cranico.

Fattori genetici e fisiologici. L'ipersonnolenza può essere di origine familiare, con una modalità ereditaria di tipo autosomico-dominante.

Marker diagnostici

La polisonnografia notturna dimostra una durata di sonno da normale a prolungata, latenza del sonno breve, continuità del sonno da normale ad aumentata; anche la distribuzione del sonno REM è normale. L'efficienza del sonno è in genere superiore al 90%. Alcuni individui con disturbo da ipersonnolenza presentano un aumento della quantità di sonno a onde lente. Il test di latenza multipla del sonno MSLT documenta la propensione al sonno, tipicamente indicata da valori medi di latenza inferiori a 8 minuti. Nel disturbo da ipersonnolenza, la latenza media del sonno è generalmente inferiore a 10 minuti ed è spesso di 8 minuti o meno. Possono essere presenti periodi di addormentamento in sonno REM (SOREMP; sonno REM che compare entro 20 minuti dall'inizio del sonno), ma questi si verificano meno di due volte nelle quattro o cinque sessioni dell'MSLT.

Conseguenze funzionali del disturbo da ipersonnolenza

Il basso livello di vigilanza che si verifica quando un individuo si oppone al bisogno di dormire può portare a un'efficienza ridotta, a diminuzione della concentrazione e a scarsa memoria durante le attività diurne. L'ipersonnolenza può portare a un significativo disagio e a disfunzioni nel lavoro e nelle relazioni sociali. Prolungamento del sonno notturno e difficoltà di risveglio possono interferire con la capacità di far fronte alle riunioni mattutine, così come pregiudicare la possibilità di arrivare in tempo al lavoro. Episodi involontari di sonno diurno possono creare imbarazzo e persino risultare pericolosi, se, per esempio, l'individuo sta guidando o sta facendo funzionare dei macchinari quando si verifica l'episodio.

Diagnosi differenziale

Variazione normativa del sonno. La durata "normale" del sonno varia considerevolmente nella popolazione generale. I "lunghi dormitori" (cioè gli individui che necessitano di una quantità di sonno maggiore della media) non presentano eccessiva sonnolenza, inerzia del sonno o comportamento automatico quando ottengono la quantità loro

necessaria di riposo notturno. Il sonno viene riferito essere ristoratore. Se le esigenze sociali o lavorative comportano una riduzione del sonno notturno, possono comparire sintomi diurni. Nel disturbo da ipersonnolenza, invece, i sintomi di eccessiva sonnolenza si verificano indipendentemente dalla durata del sonno notturno. Un'inadeguata quantità di sonno notturno, o sindrome da sonno insufficiente indotta comportamentalmente, può produrre sintomi di sonnolenza diurna molto simili a quelli dell'ipersonnolenza. Una durata media di sonno inferiore alle 7 ore per notte è fortemente suggestiva di un sonno notturno inadeguato, mentre una durata media superiore alle 9-10 ore di sonno nell'arco delle 24 ore suggerisce un'ipersonnolenza. Gli individui con sonno notturno inadeguato tipicamente "recuperano" con dormite più lunghe nei giorni in cui sono liberi da impegni lavorativi o sociali, o durante le vacanze. Diversamente dall'ipersonnolenza, è improbabile che l'insufficienza di sonno notturno persista inalterata per decenni. Se esiste un problema di durata adeguata del sonno notturno non dovrebbe essere fatta una diagnosi di disturbo da ipersonnolenza. Una valutazione diagnostica e terapeutica sulla estensione del sonno protratta per 10-14 giorni può spesso chiarire la diagnosi.

Scarsa qualità del sonno e astenia. Il disturbo da ipersonnolenza dovrebbe essere distinto dall'eccessiva sonnolenza dovuta all'insufficiente quantità o qualità del sonno o all'astenia (la stanchezza non necessariamente alleviata da un aumento del sonno e non associata alla quantità o alla qualità del sonno). L'eccessiva sonnolenza e l'astenia sono difficili da differenziare e possono sovrapporsi in modo considerevole.

Disturbi del sonno correlati alla respirazione. Gli individui con ipersonnolenza e disturbi del sonno correlati alla respirazione possono presentare caratteristiche simili di eccessiva sonnolenza. I disturbi del sonno correlati alla respirazione sono suggeriti da una storia di russamento pesante, di pause respiratorie durante il sonno, di lesione cerebrale o malattia cardiovascolare, e dalla presenza all'esame obiettivo di obesità, anomalie anatomiche orofaringee, ipertensione o insufficienza cardiaca. Studi polisonnografici possono confermare la presenza di episodi di apnea nel disturbo del sonno correlato alla respirazione (o la loro assenza nel disturbo da ipersonnolenza).

Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia. I disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia sono spesso caratterizzati da sonnolenza diurna. Una storia di ciclo sonno-veglia anormale (con cambi o irregolarità delle ore di sonno) è presente negli individui con disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia.

Parasonnie. Raramente le parasonnie producono il sonno notturno indisturbato e prolungato o la sonnolenza diurna caratteristici del disturbo da ipersonnolenza.

Altri disturbi mentali. Il disturbo da ipersonnolenza deve essere distinto dai disturbi mentali che comprendono ipersonnolenza come caratteristica essenziale o associata. In particolare, sonnolenza diurna può verificarsi in un episodio depressivo maggiore, con caratteristiche atipiche, e nella fase depressiva del disturbo bipolare. Prima di considerare una diagnosi di disturbo da ipersonnolenza è essenziale valutare altri disturbi mentali. Una diagnosi di disturbo da ipersonnolenza può essere fatta in presenza di un altro disturbo mentale in atto o pregresso.

Comorbilità

L'ipersonnolenza può essere associata ai disturbi depressivi, ai disturbi bipolari (durante un episodio depressivo) e a un disturbo depressivo maggiore, con andamento stagionale. Molti individui con disturbo da ipersonnolenza hanno sintomi di depressione che possono soddisfare i criteri per un disturbo depressivo. Tale manifestazione può essere legata alle conseguenze psicosociali di un persistente aumentato fabbisogno di sonno. Gli individui con un disturbo da ipersonnolenza sono anche a rischio di disturbi correlati all'uso di sostanze, in particolare in relazione all'auto-medicazione con l'uso di stimolanti. Questa generale mancanza di specificità può contribuire a profili molto eterogenei tra gli individui i cui sintomi soddisfano gli stessi criteri per il disturbo da ipersonnolenza. Anche condizioni neurodegenerative, come la malattia di Alzheimer, il morbo di Parkinson e l'atrofia multisistemica, possono essere associate a ipersonnolenza.

Relazione con la International Classification of Sleep Disorders

La seconda edizione dell'International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2) identifica nove sottotipi di "ipersonnie di origine centrale", inclusa l'ipersonnia ricorrente (sindrome di Kleine-Levin).

Narcolessia

Criteri diagnostici

A. Periodi ricorrenti di irrefrenabile bisogno di dormire, di attacchi di sonno o di sonnellini che si verificano nello stesso giorno. Questi devono essersi verificati almeno tre volte la settimana negli ultimi 3 mesi.

B. La presenza di almeno uno dei seguenti:

1. Episodi di cataplessia, definiti come in a) o in b), che si verificano almeno qualche volta al mese:
   a. Negli individui con malattia di lunga durata, brevi episodi (da secondi a minuti) di perdita bilaterale improvvisa del tono muscolare con conservato livello di coscienza precipitati da una risata o uno scherzo.
   b. Nei bambini o negli individui entro 6 mesi dall'esordio del disturbo, smorfie spontanee o episodi di apertura della mascella con protrusione linguale o ipotonia globale, senza evidenti stimoli emozionali.
2. Carenza di ipocretina, misurata usando i valori di immunoreattività dell'ipocretina-1 nel liquido cefalorachidiano (CSF) (minori o uguali a un terzo dei valori ottenuti in soggetti sani, testati usando lo stesso esame, oppure minori o uguali a 110 pg/mL). Bassi livelli di ipocretina-1 nel CSF non devono essere osservati nel contesto di danno cerebrale acuto, infiammazione o infezione.
3. Polisonnografia del sonno notturno che mostra una latenza del sonno REM minore o uguale a 15 minuti, o un test ripetuto di latenza del sonno che mostra una latenza media del sonno inferiore o uguale a 8 minuti e due o più periodi di addormentamento in sonno REM.

Specificare se:

347.00 (G47.419) Narcolessia senza cataplessia ma con carenza di ipocretina: Vengono soddisfatti i requisiti per il Criterio B per bassi livelli di ipocretina-1 nel CSF e polisonnografia/test ripetuto di latenza del sonno positivi, ma la cataplessia non è presente (Criterio B1 non soddisfatto).

347.01 (G47.411) Narcolessia con cataplessia ma senza carenza di ipocretina: In questo raro sottotipo (meno del 5% dei casi di narcolessia) vengono soddisfatti i requisiti per il Criterio B per cataplessia e polisonnografia/test ripetuto di latenza del sonno positivi, ma i livelli di ipocretina-1 nel CSF sono normali (Criterio B2 non soddisfatto).

347.00 (G47.419) Atassia cerebellare autosomica dominante, sordità e narcolessia: Questo sottotipo è causato dalle mutazioni a carico dell'esone 21 del DNA (citosina-5)-metiltransferasi-1 ed è caratterizzato da insorgenza tardiva (età 30-40 anni) della narcolessia (con bassi o intermedi livelli di ipocretina-1 nel CSF), sordità, atassia cerebellare e, infine, demenza.

347.00 (G47.419) Narcolessia autosomica dominante, obesità e diabete tipo 2: Narcolessia, obesità, diabete tipo 2 e bassi livelli di ipocretina-1 nel CSF sono stati riportati in casi rari e sono associati a una mutazione nel gene della glicoproteina mielinica oligodendrocitaria.

347.10 (G47.429) Narcolessia secondaria a un'altra condizione medica: Questo sottotipo è riferito alla narcolessia che si sviluppa secondariamente a condizioni mediche che causano distruzione infettiva (per es., malattia di Whipple, sarcoidosi), traumatica o tumorale dei neuroni ipocretinergici.

Nota di codifica (per ICD-9-CM codificare solo 347.10): Codificare prima la sottostante condizione medica (per es., 040.2 malattia di Whipple; 347.10 narcolessia secondaria a malattia di Whipple).

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Cataplessia non frequente (meno di una volta a settimana), bisogno di sonnellini solo una o due volte al giorno e sonno notturno meno disturbato.

Moderata: Cataplessia una volta al giorno oppure una volta in pochi giorni, sonno notturno disturbato e necessità di più sonnellini giornalieri.

Grave: Cataplessia farmaco-resistente con attacchi multipli giornalieri, sonnolenza quasi costante e sonno notturno disturbato (cioè movimenti, insonnia e sogni vividi).

Sottotipi

Nella narcolessia senza cataplessia, ma con carenza di ipocretina, possono essere riferiti sintomi poco chiari "simil-cataplettici" (per es., i sintomi non sono scatenati da emozioni e raramente sono di lunga durata). In casi estremamente rari, i livelli di ipocretina-1 nel liquido cefalorachidiano (CSF) sono bassi e i risultati ai test di polisonnografia e al test di latenza multipla del sonno (MSLT) sono negativi: è consigliabile ripetere il test prima di stabilire la diagnosi del sottotipo. Nella narcolessia con cataplessia ma senza carenza di ipocretina, i risultati dei test per lo human leukocyte antigen (HLA) DQB1*06:02 possono essere negativi. Convulsioni, cadute di altra origine e disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali) dovrebbero essere esclusi. Nella narcolessia secondaria da distruzione infettiva (per es., malattia di Whipple, sarcoidosi), traumatica o tumorale dei neuroni ipocretinergici, i risultati del test per il HLA DQB1*06:02 possono essere positivi e possono derivare da una lesione che scatena la risposta autoimmune. In altri casi, la distruzione dei neuroni ipocretinergici può essere secondaria a traumi o a interventi chirurgici a carico dell'ipotalamo. Traumi cranici o infezioni del sistema nervoso centrale, tuttavia, possono produrre diminuzioni transitorie di ipocretina-1 nel liquido cefalorachidiano (CSF) senza perdita di cellule ipocretinergiche, complicando la diagnosi.

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche essenziali della sonnolenza nella narcolessia sono i sonnellini diurni ricorrenti o gli attacchi di sonno. La sonnolenza tipicamente si verifica tutti i giorni, e deve verificarsi un minimo di tre volte alla settimana per almeno 3 mesi (Criterio A). La narcolessia generalmente produce cataplessia, che si manifesta più comunemente come

brevi episodi (secondi o minuti) di perdita improvvisa, bilaterale, reversibile del tono muscolare scatenati da emozioni, tipicamente il riso e lo scherzo. I muscoli interessati possono comprendere quelli del collo, della mandibola, delle braccia, delle gambe, o di tutto il corpo, con conseguenti sobbalzi della testa, caduta della mandibola o cadute complete. Gli individui sono svegli e consapevoli durante la cataplessia. Per soddisfare il Criterio B1 (a), la cataplessia deve essere attivata dal ridere o dallo scherzare e deve verificarsi almeno un paio di volte al mese quando la condizione non è trattata o è già andata incontro a remissione.

La cataplessia non deve essere confusa con la "debolezza" che si verifica nel contesto delle attività atletiche (fisiologica) o esclusivamente dopo insoliti stimoli emotivi come lo stress o l'ansia (a suggerire una possibile psicopatologia). È improbabile che episodi della durata di ore o giorni, o non scatenati da emozioni, siano dovuti alla cataplessia, come è improbabile che lo sia il rotolarsi sul pavimento, ridendo istericamente.

Nei bambini in prossimità dell'esordio della malattia, la cataplessia pura può essere atipica, coinvolgendo soprattutto il volto e causando smorfie o caduta della mandibola con protrusione linguale ("facce cataplettiche"). In alternativa, la cataplessia può manifestarsi come una ipotonia continua di basso grado, che causa una marcia barcollante. In questi casi, il Criterio B1 (b) può essere soddisfatto nei bambini o in individui entro 6 mesi da un esordio rapido.

La narcolessia-cataplessia deriva quasi sempre dalla perdita di cellule ipotalamiche produttrici di ipocretina (orexina), che causa carenza di ipocretina (minore o uguale a un terzo dei valori di controllo, o 110 pg/mL nella maggior parte dei test di laboratorio). È probabile che la perdita di cellule sia autoimmune e circa il 99% degli individui coinvolti presenta HLA-DQB1*06:02 (contro il 12-38% dei soggetti di controllo). Pertanto, può essere utile controllare la presenza di DQB1*06:02 prima di una puntura lombare per la valutazione dell'immunoreattività dell'ipocretina-1 nel CSF. Raramente, i bassi livelli di ipocretina-1 nel CSF si verificano senza cataplessia, in particolare nei giovani che possono in seguito sviluppare cataplessia. La misura della ipocretina-1 nel CSF rappresenta il gold standard diagnostico, a eccezione di gravi condizioni associate (neurologiche, infiammatorie, infettive, traumi) che possono interferire con il dosaggio.

Lo studio polisonnografico del sonno notturno seguito da MSLT può anche essere utilizzato per confermare la diagnosi (Criterio B3). Questi test devono essere eseguiti dopo l'interruzione di tutti i farmaci psicotropi, in seguito a 2 settimane di tempo di sonno adeguato (come documentato dai diari del sonno, dall'actigrafia). Durante la polisonnografia una breve latenza del sonno REM (periodo di addormentamento di sonno REM, latenza REM minore o uguale a 15 minuti) è sufficiente per confermare la diagnosi e soddisfa il Criterio B3. In alternativa, il risultato al test MSLT deve essere positivo, mostrando in 4 o 5 sonnellini una latenza media del sonno inferiore o uguale a 8 minuti e due o più periodi REM dell'inizio del sonno.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Quando la sonnolenza è grave, possono verificarsi comportamenti automatici in cui l'individuo continua le sue attività in modo semiautomatico, in maniera annebbiata, senza memoria o consapevolezza. Circa il 20-60% degli individui fa esperienza di allucinazioni ipnagogiche vivide prima di addormentarsi o nel momento di addormentarsi, oppure fa esperienza di allucinazioni ipnopompiche appena dopo il ri-

sveglio. Tali allucinazioni sono distinte da quegli stati mentali onirici meno vividi e non allucinatori che si verificano nel sonno normale nel momento di addormentarsi. Anche incubi e sogni vividi sono frequenti nella narcolessia, così come nel disturbo comportamentale del sonno REM. Approssimativamente il 20-60% degli individui fa esperienza di paralisi del sonno nel momento di addormentarsi o al risveglio, che li lascia svegli ma incapaci di muoversi o di parlare. Tuttavia, anche molti dormitori normali riferiscono paralisi nel sonno, specialmente in situazioni di stress o di deprivazione di sonno. Può verificarsi alimentazione notturna. L'obesità è comune. L'interruzione del sonno notturno con ripetuti risvegli brevi o lunghi è frequente e può essere invalidante.

Gli individui possono apparire assonnati o addormentarsi in sala d'attesa o durante l'esame clinico. Durante la cataplessia, gli individui possono crollare su una sedia e avere difficoltà nell'eloquio o le palpebre cadenti. Se il medico avesse il tempo di controllare i riflessi durante la cataplessia (la maggior parte degli attacchi durano meno di 10 secondi), troverebbe i riflessi soppressi: un'importante scoperta che distingue la cataplessia autentica da un disturbo di conversione.

Prevalenza

Nella maggior parte dei paesi la narcolessia-cataplessia colpisce lo 0,02-0,04% della popolazione generale. La narcolessia colpisce entrambi i generi, forse con una leggera preponderanza maschile.

Sviluppo e decorso

L'esordio avviene tipicamente nei bambini e negli adolescenti/giovani adulti, raramente negli anziani. Vi sono due picchi di esordio, uno fra i 15 e i 25 anni, e un altro fra i 30 e i 35 anni. L'esordio può essere brusco o progressivo (negli anni). La gravità è massima quando l'esordio è brusco nei bambini, e poi diminuisce con l'età o con il trattamento, così che sintomi come la cataplessia possono occasionalmente scomparire. Un esordio brusco in bambini piccoli in età prepuberale può essere associato a obesità e a pubertà precoce, un fenotipo più frequentemente osservato dal 2009. Negli adolescenti, l'esordio è più difficile da individuare. L'esordio negli adulti è spesso poco chiaro, con alcuni individui che riferiscono di aver avuto un'eccessiva sonnolenza fin dalla nascita. Una volta comparso il disturbo, il decorso è persistente e perdura per l'intero corso della vita.

Nel 90% dei casi, il primo sintomo a manifestarsi è la sonnolenza o l'aumento del sonno, seguito da cataplessia (entro 1 anno nel 50% dei casi, entro 3 anni nell'85%). La sonnolenza, le allucinazioni ipnagogiche, i sogni vividi e il disturbo comportamentale del sonno REM (movimenti eccessivi durante il sonno REM) sono i primi sintomi. Il sonno eccessivo progredisce rapidamente fino all'incapacità di rimanere svegli durante il giorno e di mantenere un buon sonno durante la notte, senza un chiaro aumento del fabbisogno totale di sonno nelle 24 ore. Nei primi mesi la cataplessia può essere atipica, soprattutto nei bambini. Nei bambini con esordio della patologia in età prepuberale la paralisi del sonno di solito si sviluppa intorno alla pubertà. Le riacutizzazioni dei sintomi suggeriscono la mancanza di aderenza ai farmaci o lo sviluppo di un concomitante disturbo del sonno, in particolare di apnee nel sonno.

I bambini piccoli e gli adolescenti con narcolessia sviluppano spesso aggressività o problemi comportamentali secondari alla sonnolenza e/o all'interruzione del sonno notturno. A scuola e all'università aumentano il carico di lavoro e la pressione sociale, riducendo il tempo disponibile per dormire la notte. La gravidanza non sembra modificare i sintomi in modo stabile. Dopo il pensionamento, gli individui in genere hanno più opportunità di fare sonnellini, riducendo la necessità di stimolanti. Mantenere un orario del sonno regolare porta benefici agli individui di tutte le età.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Parasonnie, quali sonnambulismo, bruxismo, disturbo comportamentale del sonno REM ed enuresi, possono essere più comuni negli individui che sviluppano la narcolessia. Solitamente, gli individui riferiscono di avere bisogno di più ore di sonno rispetto agli altri familiari.

Fattori ambientali. Faringite da streptococco di gruppo A, influenza (in particolare la pandemia del virus H1N1 del 2009) o altre infezioni invernali sono probabilmente fattori scatenanti del processo autoimmune, producendo narcolessia pochi mesi dopo. Traumi cranici e bruschi cambiamenti nelle abitudini del ritmo sonno-veglia (per es., cambiamenti di lavoro, stress) possono essere ulteriori fattori scatenanti.

Fattori genetici e fisiologici. I gemelli monozigoti sono concordanti per narcolessia nel 25-32%. La prevalenza della narcolessia è dell'1-2% tra i parenti di primo grado (un aumento complessivo da 10 a 40 volte). La narcolessia è fortemente associata a DQB1*06:02 (il 99% contro il 12-38% in soggetti di controllo di vari gruppi etnici; 25% nella popolazione generale degli Stati Uniti). DQB1*03:01 aumenta, mentre DQB1*05:01, DQB1*06:01 e DQB1*06:03 riducono il rischio in presenza di DQB1*06:02, ma l'effetto è modesto. Anche polimorfismi del gene del recettore alfa dei linfociti T e di altri geni immuno-modulatori modulano leggermente il rischio di sviluppare il disturbo.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La narcolessia è stata descritta in tutti i gruppi etnici e in molte culture. Tra gli afro-americani, si manifestano più casi senza cataplessia o con cataplessia atipica, complicando la diagnosi, soprattutto in presenza di obesità e di apnee ostruttive nel sonno.

Marker diagnostici

L'imaging funzionale suggerisce compromissioni ipotalamiche in risposta a stimoli divertenti. La polisonnografia notturna seguita da MSLT viene utilizzata per confermare la diagnosi di narcolessia, soprattutto prima che il disturbo sia stato diagnosticato e prima dell'inizio del trattamento, e qualora la carenza di ipocretina non sia stata biochimicamente documentata. Test di polisonnografia/MSLT dovrebbero essere eseguiti dopo che l'individuo ha smesso di assumere sostanze psicotrope e dopo regolari schemi comportamentali del ritmo sonno-veglia, senza lavoro con turni o deprivazione di sonno.

Un periodo di addormentamento nel sonno REM (SOREMP) durante la polisonnografia (latenza di sonno REM inferiore o pari a 15 minuti) è altamente specifico (positivo in circa l'1% dei soggetti di controllo), ma moderatamente sensibile (circa il 50%). Un risultato positivo al test MSLT mostra una latenza di sonno media inferiore o uguale a 8 minuti, e SOREMP in due o più sonnellini in un test di quattro o cinque sessioni. Il test MSLT è positivo nel 90-95% degli individui con narcolessia contro il 2-4% dei soggetti di controllo o individui con altri disturbi del sonno. Ulteriori risultati polisonnografici spesso comprendono risvegli frequenti, diminuita efficienza del

sonno e aumento dello stadio 1 del sonno. Si osservano spesso periodici movimenti degli arti (rilevati in circa il 40% degli individui con narcolessia) ed episodi di apnee nel sonno.

Misurando l'immunoreattività dell'ipocretina-1 nel CSF viene dimostrata la carenza di ipocretina. Il test è particolarmente utile in individui con sospetto disturbo di conversione e in quelli senza cataplessia tipica, o nei casi refrattari al trattamento. Il valore diagnostico del test non è influenzato da farmaci, da deprivazione di sonno o dal ritmo circadiano, ma i risultati non sono interpretabili se l'individuo è severamente affetto da un'infezione concomitante o da un trauma cranico o è in coma. La citologia, le proteine e il glucosio nel CSF sono nei range di normalità anche quando esaminati entro poche settimane dall'esordio acuto. In questi casi incipienti l'ipocretina-1 nel CSF è tipicamente già molto diminuita o non rilevabile.

Conseguenze funzionali della narcolessia

La guida e il lavoro sono compromessi, e gli individui con narcolessia dovrebbero evitare occupazioni che possano mettere in pericolo se stessi (per es., lavorando con macchinari) o gli altri (per es., autista di autobus, pilota). Una volta che la narcolessia viene controllata terapeuticamente, i pazienti di solito possono guidare, anche se solo raramente possono compiere lunghe distanze da soli. Individui non trattati sono anche a rischio di isolamento sociale e di compiere accidentalmente danni verso se stessi o verso gli altri. Le relazioni sociali possono risentirne dal momento che questi individui cercano di prevenire la cataplessia tentando di controllare le proprie emozioni.

Diagnosi differenziale

Altre ipersonnie. Ipersonnolenza e narcolessia sono simili per quanto riguarda il grado di sonnolenza diurna, l'età di esordio e la stabilità del decorso nel tempo, ma possono essere distinte sulla base di diverse caratteristiche cliniche e di laboratorio. Gli individui con ipersonnolenza presentano tipicamente un sonno notturno più lungo e meno disturbato, una maggiore difficoltà di risveglio, una sonnolenza diurna più persistente (contrariamente ai più distinti "attacchi di sonno" della narcolessia), episodi di sonno diurno più lunghi e meno riposanti, e sogni rari o assenti durante i sonnellini diurni. Al contrario, gli individui con narcolessia presentano cataplessia e ricorrenti intrusioni di elementi del sonno REM nel passaggio tra il sonno e la veglia (per es., allucinazioni legate al sonno e paralisi del sonno). Negli individui con narcolessia il test MSLT mostra tipicamente tempi di latenza del sonno più brevi (cioè maggiore sonnolenza fisiologica), così come una presenza di ripetuti SOREMP.

Deprivazione di sonno e sonno notturno insufficiente. La deprivazione di sonno e un sonno notturno insufficiente sono comuni negli adolescenti e nei lavoratori con turni. Negli adolescenti, la difficoltà di addormentarsi durante la notte è frequente, e causa deprivazione di sonno. Il test MSLT può risultare positivo se condotto mentre l'individuo è deprivato di sonno o mentre la sua fase di sonno è ritardata.

Sindromi da apnee nel sonno. Le apnee nel sonno si manifestano con maggiore probabilità in presenza di obesità. Poiché le apnee ostruttive nel sonno sono più frequenti della narcolessia, la cataplessia può essere rimossa (o assente), e si ritiene l'individuo avere apnee nel sonno che non rispondono alle terapie usuali.

Disturbo depressivo maggiore. La narcolessia o l'ipersonnia possono essere associate o confuse con la depressione. La cataplessia non è presente nella depressione. I risultati al test MSLT sono più spesso normali e vi è dissociazione tra sonnolenza soggettiva e oggettiva, misurata mediante la latenza media di addormentamento, durante il test MSLT.

Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali). Caratteristiche atipiche, come la cataplessia di lunga durata o fattori scatenanti inusuali, possono essere presenti nel disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali). Gli individui possono riferire di dormire e di sognare, sebbene il test MSLT non mostri il caratteristico SOREMP. Durante la visita può verificarsi una completa e lunga pseudocataplessia, fornendo al medico un tempo sufficiente per verificare i riflessi, che rimangono intatti.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività o altri problemi comportamentali. Nei bambini e negli adolescenti, la sonnolenza può causare problemi comportamentali, tra cui aggressività e disattenzione, che portano a una errata diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività.

Crisi epilettiche. Nei bambini piccoli, la cataplessia può essere erroneamente diagnosticata come crisi epilettica. Le crisi non sono solitamente scatenate da emozioni, e quando lo sono, il fattore scatenante solitamente non è ridere o scherzare. Nel corso di una crisi, gli individui hanno più probabilità di farsi male cadendo. Le crisi caratterizzate da atonia isolata si osservano di rado in assenza di altre crisi e presentano anomalie elettroencefalografiche.

Corea e disturbi del movimento. Nei bambini piccoli, la cataplessia può essere erroneamente diagnosticata come corea o come disturbo neuropsichiatrico pediatrico autoimmune associato a infezione da streptococco, specialmente nel contesto di una faringite e di alti livelli anticorpali di antistreptolisina O. Alcuni bambini possono presentare un sovrapposto disturbo del movimento, temporalmente ravvicinato all'esordio della cataplessia.

Schizofrenia. In presenza di floride e vivide allucinazioni ipnagogiche, gli individui possono pensare che queste esperienze sono reali, una caratteristica che suggerisce schizofrenia. Allo stesso modo, con un trattamento stimolante, possono svilupparsi deliri persecutori. Se è presente cataplessia, il clinico dovrebbe preliminarmente stabilire se questi sintomi sono secondari alla narcolessia prima di considerare una concomitante diagnosi di schizofrenia.

Comorbilità

La narcolessia può coesistere con disturbi bipolari, depressivi e d'ansia, e in casi rari con la schizofrenia. La narcolessia è anche associata ad aumento dell'indice di massa corporea o a obesità, soprattutto quando la narcolessia non viene trattata. Il rapido aumento di peso è frequente nei bambini piccoli che hanno un esordio improvviso di malattia. La comorbilità con le apnee nel sonno dovrebbe essere presa in considerazione se vi è un improvviso aggravamento di una narcolessia preesistente.

Relazione con la International Classification of Sleep Disorders

La seconda edizione dell'International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2) differenzia cinque sottotipi di narcolessia.

Disturbi del sonno correlati alla respirazione

La categoria dei disturbi del sonno correlati alla respirazione comprende tre disturbi relativamente diversi: apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, apnea centrale del sonno e ipoventilazione correlata al sonno.

Apnea/ipopnea ostruttiva del sonno 327.23 (G47.33)

Criteri diagnostici

A. L'uno 1) o l'altro 2):

1. Evidenze polisonnografiche di almeno cinque apnee e/o ipopnee ostruttive per ora di sonno, e almeno uno dei due seguenti sintomi del sonno:
   a. Disturbi della respirazione notturna: russamento, sbuffamenti/rantoli, pause respiratorie durante il sonno.
   b. Sonnolenza diurna, astenia o sonno non ristoratore, nonostante una sufficiente opportunità di dormire, che non è meglio spiegato con un altro disturbo mentale (compreso un disturbo del sonno) e che non è attribuibile a un'altra condizione medica.
2. Evidenze polisonnografiche di 15 o più apnee e/o ipopnee ostruttive per ora di sonno indipendentemente da sintomi concomitanti.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Indice di apnea/ipopnea inferiore a 15.
Moderata: Indice di apnea/ipopnea tra 15-30.
Grave: Indice di apnea/ipopnea maggiore di 30.

Specificatori

La gravità della malattia viene misurata attraverso un conteggio del numero delle apnee più quello delle ipopnee per ora di sonno (indice di apnea/ipopnea), utilizzando la polisonnografia o altro tipo di monitoraggio notturno. La gravità complessiva viene inoltre stabilita in base ai livelli di desaturazione notturna e di frammentazione del sonno (misurati dalla frequenza degli arousal corticali e dagli stadi del sonno) e dal livello dei sintomi associati e della compromissione diurna. Tuttavia, il numero e le soglie esatte possono variare a seconda delle specifiche tecniche di misurazione utilizzate, e questi valori possono cambiare nel tempo. Indipendentemente dall'indice di apnea/ipopnea (conteggio), il disturbo è considerato più grave quando apnee e ipopnee sono accompagnate da una significativa desaturazione dell'ossigeno emoglobinico (quando più del 10% del periodo di sonno è trascorso a livelli di desaturazione inferiori al 90%) o quando il sonno è gravemente frammentato come mostrato da un elevato indice di arousal (indice di arousal maggiore di 30) o da ridotte fasi di sonno profondo (per es., percentuale dello stadio N3 [sonno a onde lente] inferiore al 5%).

Caratteristiche diagnostiche

L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno è il più comune disturbo del sonno correlato alla respirazione. È caratterizzata da ripetuti episodi di ostruzione delle vie aeree (apnea e ipopnea) superiori (faringee) durante il sonno. Il termine *apnea* si riferisce alla totale assenza di flusso d'aria, e *ipopnea* si riferisce a una riduzione del flusso d'aria. Ogni apnea o ipopnea corrisponde a una riduzione della respirazione della durata di almeno 10 secondi negli adulti o di due mancati atti respiratori nei bambini ed è tipicamente associata a cadute della saturazione dell'ossigeno del 3% o più e/o a un'arousal elettroencefalografica. Sia i sintomi legati al sonno (notturno) sia quelli legati al tempo di veglia sono comuni. I sintomi fondamentali dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno sono il russare e la sonnolenza diurna.

L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno negli adulti è diagnosticata sulla base dei sintomi e dei risultati polisonnografici. La diagnosi si basa sui sintomi di 1) disturbi respiratori notturni (cioè russamento, sbuffamenti/rantoli, pause respiratorie durante il sonno) o 2) sonnolenza diurna, astenia o sonno non ristoratore, nonostante sufficienti opportunità di dormire, che non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale e non sono attribuibili a un'altra condizione medica, insieme a 3) evidenze polisonnografiche di cinque o più apnee o ipopnee ostruttive per ora di sonno (Criterio A1). La diagnosi può essere fatta in assenza di questi sintomi se ci sono evidenze polisonnografiche di 15 o più apnee e/o ipopnee ostruttive per ora di sonno (Criterio A2).

È necessaria una particolare attenzione al sonno disturbato in associazione con il russare o con le pause respiratorie e alle evidenze fisiche che aumentano il rischio di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno (per es., obesità addominale, ostruzione delle vie respiratorie faringee, pressione sanguigna elevata), al fine di ridurre la possibilità di errata diagnosi di questa condizione curabile.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

A causa della frequenza dei risvegli notturni che si verificano con apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, gli individui possono riferire sintomi di insonnia. Altri sintomi comuni, sebbene non specifici, di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno sono pirosi, nicturia, cefalee mattutine, secchezza delle fauci, disfunzione erettile e diminuzione della libido. Gli individui lamentano talvolta difficoltà di respirazione mentre giacciono supini o mentre dormono. In più del 60% degli individui con apnea/ipopnea ostruttiva del sonno può verificarsi ipertensione arteriosa.

Prevalenza

L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno è un disturbo molto comune, che colpisce almeno l'1-2% dei bambini, il 2-15% degli adulti di mezza età e più del 20% degli individui più vecchi. Nella popolazione generale, i tassi di prevalenza dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno non diagnosticata possono essere molto elevati tra gli individui anziani. Dal momento che il disturbo è fortemente associato all'obesità, l'aumento dei tassi di obesità è accompagnato in modo sensibile da un aumento della prevalenza di questo disturbo. La prevalenza può essere particolarmente elevata nei maschi, negli adulti più anziani e in alcuni gruppi razziali/etnici. Negli adulti, il rapporto maschio-femmina di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno varia tra 2:1 e 4:1. Le differenze di genere sfumano in età avanzata, probabilmente a causa di un'aumentata prevalenza nelle femmine dopo la menopausa. Non vi è alcuna differenza di genere tra i bambini in età prepuberale.

Sviluppo e decorso

La distribuzione per età dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno segue verosimilmente una distribuzione a forma di "J". Vi è un picco nei bambini di età compresa tra 3 e

8 anni, quando il rinofaringe può essere compromesso a causa di una massa di tessuto tonsillare relativamente grande rispetto alle dimensioni delle vie aeree superiori. Con la crescita delle vie aeree e la regressione del tessuto linfoide durante la tarda infanzia, la prevalenza si riduce. In seguito, con l'aumento della prevalenza dell'obesità nella mezza età e, nelle femmine, con la menopausa, l'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno cresce nuovamente. Il decorso in età avanzata non è chiaro: il disturbo può stabilizzarsi dopo i 65 anni di età, ma in altri individui la prevalenza può aumentare con l'invecchiamento. Poiché il verificarsi di apnee e ipopnee è in qualche modo dipendente dall'età, i risultati polisonnografici devono essere interpretati alla luce di altri dati clinici. In particolare, sintomi significativi di insonnia o ipersonnia dovrebbero essere studiati indipendentemente dall'età dell'individuo.

L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno di solito ha un esordio insidioso, un decorso gradualmente progressivo e persistente. In genere, il forte russare è presente da molti anni, spesso fin dall'infanzia, ma un aumento della sua gravità può portare l'individuo a cercare una valutazione medica. L'aumento di peso può scatenare un aumento dei sintomi. Anche se l'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno può verificarsi a qualsiasi età, più frequentemente si manifesta negli individui di età compresa tra i 40 e i 60 anni. Nel corso di 4-5 anni, la media dell'indice apnea/ipopnea aumenta di circa due apnee/ipopnee per ora negli adulti e negli anziani. Nei più anziani, nei maschi, o negli individui con un indice di massa corporea di base (BMI) più elevato o con BMI che aumenta nel tempo l'indice apnea/ipopnea è più elevato e l'incidenza dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno è maggiore. È stata riferita la risoluzione spontanea dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno con perdita di peso, in particolare dopo interventi di chirurgia bariatrica. Nei bambini è stata osservata una variazione stagionale dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, così come un miglioramento dei sintomi durante la crescita.

Nei bambini piccoli i segni e i sintomi dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno possono essere più subdoli che negli adulti, rendendo la diagnosi più difficile. La polisonnografia è utile nel confermare la diagnosi. Le evidenze di frammentazione del sonno alla polisonnografia possono essere non così nette come negli studi sugli individui più vecchi, forse a causa della forte spinta omeostatica tipica dei giovani. Sintomi come il russare vengono di solito riferiti dai genitori e presentano quindi minore sensibilità. Possono verificarsi risvegli agitati e insolite posture nel sonno, come dormire sulle mani e sulle ginocchia. Può inoltre verificarsi enuresi notturna, che dovrebbe destare il sospetto di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno se si ripete in un bambino che precedentemente restava asciutto di notte. I bambini possono anche manifestare eccessiva sonnolenza diurna, benché questo non sia così comune o pronunciato come negli adulti. L'abitudine di respirare di giorno con la bocca, la difficoltà di deglutire e un'articolazione povera del linguaggio sono pure caratteristiche comuni nei bambini. I bambini di età inferiore a 5 anni più spesso manifestano sintomi notturni, quali apnee osservate o respiro affannoso, rispetto a sintomi comportamentali (per es., i sintomi notturni sono più evidenti e più spesso conducono il bambino all'osservazione clinica). Nei bambini che hanno più di 5 anni, le preoccupazioni si concentrano più spesso sui sintomi diurni quali sonnolenza e problemi comportamentali (cioè impulsità e iperattività), disturbo da deficit di attenzione/iperattività e cefalee al mattino. I bambini con apnea/ipopnea ostruttiva del sonno possono anche manifestare deficit di crescita e ritardi nello sviluppo. Nei bambini piccoli, l'obesità è un fattore di rischio meno comune, mentre possono essere presenti crescita ritardata e "deficit di sviluppo".

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. I principali fattori di rischio per l'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno sono l'obesità e il genere maschile. Altri fattori comprendono la retrognazia o micrognazia mascellare-mandibolare, una storia familiare positiva di apnee nel sonno, sindromi genetiche che riducono la pervietà delle vie aeree superiori (per es., sindrome di Down, sindrome di Treacher Collin), ipertrofia adenotonsillare (specialmente nei bambini piccoli), menopausa (nelle femmine) e varie sindromi endocrine (per es., acromegalia). Rispetto alle femmine in premenopausa, i maschi hanno un aumentato rischio di sviluppare apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, probabilmente per effetto delle influenze degli ormoni sessuali sul controllo ventilatorio e sulla distribuzione del grasso corporeo, così come per effetto delle differenze di genere nella struttura delle vie aeree. Farmaci per disturbi mentali e condizioni mediche che tendono a indurre sonnolenza possono peggiorare il decorso dei sintomi di apnea se non gestiti con attenzione.

L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno ha una forte base genetica, come dimostra la significativa aggregazione familiare dell'indice di apnea/ipopnea. La prevalenza di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno è circa due volte superiore tra i parenti di primo grado degli individui con apnea/ipopnea ostruttiva del sonno rispetto ai membri delle famiglie di controllo. Un terzo della varianza dell'indice di apnea/ipopnea è spiegato da fattori familiari condivisi. Anche se marcatori genetici con valore diagnostico o prognostico non sono ancora disponibili, rintracciare una storia familiare di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno dovrebbe aumentare il sospetto clinico per il disturbo.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Esiste la possibilità che la sonnolenza e l'astenia vengano riferiti in maniera differente nelle diverse culture. In alcuni gruppi, russare può essere considerato un segno di salute e quindi può non suscitare preoccupazioni. Gli individui di origine asiatica possono avere aumentato rischio di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno nonostante il loro BMI relativamente basso, rispecchiando probabilmente l'influenza dei fattori di rischio cranio-facciali che restringono il rinofaringe.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le femmine possono riferire più comunemente l'astenia piuttosto che sonnolenza e possono sottostimare il russamento.

Marker diagnostici

La polisonnografia fornisce dati quantitativi sulla frequenza dei disturbi respiratori correlati al sonno e sulle relative variazioni della saturazione di ossigeno e della continuità del sonno. I risultati polisonnografici nei bambini differiscono da quelli degli adulti in quanto i bambini presentano in misura maggiore respiro affannoso, ipoventilazione ostruttiva parziale con desaturazioni cicliche, ipercapnia e movimenti paradossi. Livelli dell'indice di apnea/ipopnea inferiori a 2 vengono utilizzati per definire le soglie diagnostiche di anormalità nei bambini.

I rilievi sui gas ematici arteriosi eseguiti mentre la persona è sveglia sono di solito normali, ma alcuni individui possono presentare ipossiemia o ipercapnia. Questo pattern dovrebbe allertare il clinico sulla possibilità di una coesistente malattia polmonare o di ipoventilazione. Procedure di imaging possono rivelare un restringimento del-

le vie aeree superiori. Test di funzionalità cardiaca possono provare un'insufficienza ventricolare. Individui con grave desaturazione di ossigeno notturna possono anche presentare elevati valori di emoglobina o di ematocrito. Misurazioni validate del sonno (per es., test ripetuto di latenza del sonno [MSLT], test di mantenimento della veglia) possono identificare sonnolenza.

Conseguenze funzionali dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno

Più del 50% degli individui con apnea/ipopnea ostruttiva del sonno da moderata a grave riferisce sintomi di sonnolenza diurna. In associazione ai sintomi del russare e della sonnolenza è stato documentato un rischio di infortuni sul lavoro doppio. Tra gli individui con elevati valori dell'indice apnea/ipopnea sono inoltre stati riferiti incidenti stradali di sette volte più frequenti. I clinici dovrebbero essere consapevoli delle richieste governative di refertare questo disturbo, soprattutto in relazione ai conducenti commerciali. Negli individui con apnea/ipopnea ostruttiva del sonno sono comuni punteggi bassi nelle misurazioni della qualità della vita in relazione alla salute, con le maggiori diminuzioni osservate nelle sottoscale fisica e di vitalità.

Diagnosi differenziale

Russamento primario e altri disturbi del sonno. Gli individui con apnea/ipopnea ostruttiva del sonno devono essere distinti dagli individui con russamento primario (per es., individui altrimenti asintomatici che russano e non hanno anomalie evidenziabili alla polisonnografia notturna). Gli individui con apnea/ipopnea ostruttiva del sonno possono riferire anche rantoli e annaspamenti notturni. La presenza di sonnolenza o di altri sintomi diurni non spiegati da altre eziologie suggerisce la diagnosi di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, ma questa differenziazione richiede la polisonnografia. Anche la diagnosi differenziale definitiva tra ipersonnia, apnea centrale del sonno, ipoventilazione correlata al sonno e apnea/ipopnea ostruttiva del sonno richiede studi polisonnografici.

L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno deve essere distinta da altre cause di sonnolenza, come narcolessia, ipersonnia e disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia. L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno può essere differenziata dalla narcolessia per l'assenza di cataplessia, di allucinazioni correlate al sonno, di paralisi del sonno e per la presenza di russamento pesante, di respiro affannoso durante il sonno o di apnee osservate durante il sonno. Gli episodi di sonno diurno nella narcolessia sono tipicamente più corti, più ristoratori e più spesso associati a sogni. L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno mostra apnee e ipopnee caratteristiche e desaturazione dell'ossigeno durante gli studi polisonnografici notturni. La narcolessia si rivela in ripetuti SOREMP durante il MSLT. La narcolessia, così come l'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, può essere associata a obesità, e certi individui manifestano la concomitanza di narcolessia e apnea/ipopnea ostruttiva del sonno. Una diagnosi di narcolessia non esclude la diagnosi di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, poiché le due condizioni possono coesistere.

Disturbo da insonnia. Per gli individui che lamentano difficoltà nell'iniziare o nel mantenere il sonno o risvegli precoci, il disturbo da insonnia può essere differenziato dall'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno per l'assenza di russamento e perché mancano storia, segni e sintomi caratteristici di quest'ultimo disturbo. Tuttavia, insonnia e apnea/ipopnea ostruttiva del sonno possono coesistere, e se questo si verifica, entrambi i disturbi devono essere affrontati contemporaneamente per migliorare il sonno.

Attacchi di panico. Gli attacchi di panico notturni possono comprendere sintomi di respiro affannoso o di soffocamento durante il sonno, che possono essere difficili da distinguere clinicamente dall'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno. Tuttavia, la minore frequenza degli episodi, l'intensa attivazione del sistema nervoso autonomo e la mancanza di eccessiva sonnolenza differenzia gli attacchi di panico notturni dall'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno. La polisonnografia negli individui con attacchi di panico notturni non rivela i tipici pattern di apnee, ipoventilazione o desaturazione di ossigeno caratteristici dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno. Gli individui con apnea/ipopnea ostruttiva del sonno non forniscono una storia di attacchi di panico diurni.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività nei bambini può comprendere sintomi di disattenzione, compromissione scolastica e iperattività, e comportamenti di internalizzazione, tutti sintomi presenti anche nell'apnea del sonno nell'infanzia. La presenza di altri sintomi e segni di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno nell'infanzia (per es., respiro affannoso o il russare durante il sonno e l'ipertrofia adenotonsillare) dovrebbero suggerire la presenza di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno. L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività possono comunemente manifestarsi in concomitanza e possono esserci collegamenti causali tra i due disturbi; pertanto, fattori di rischio quali tonsille ingrossate, obesità o una storia familiare di apnee nel sonno possono aiutare ad allertare il clinico sulla loro concomitanza.

Insonnia indotta da sostanze/farmaci o ipersonnia. L'uso di sostanze e l'astinenza da sostanze (compresi i farmaci) può produrre insonnia o ipersonnia. Una storia accurata è di solito sufficiente per identificare la sostanza/farmaco rilevante, e il follow-up mostra il miglioramento del disturbo del sonno dopo l'interruzione d'uso di una sostanza/farmaco. In altri casi è stato dimostrato che l'uso di una sostanza/farmaco (per es., alcol, barbiturici o benzodiazepine) può esacerbare l'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno. Un individuo con sintomi e segni indicativi di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno dovrebbe ricevere tale diagnosi, anche in presenza di uso concomitante di una sostanza che esacerba la condizione patologica.

Comorbilità

Ipertensione sistemica, malattia coronarica, insufficienza cardiaca, ictus, diabete e aumento della mortalità sono fortemente associati all'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno. Le stime di rischio variano dal 30 fino al 300% per le forme di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno da moderate a gravi. Evidenze di ipertensione polmonare e di insufficienza cardiaca destra (per es., cuore polmonare, edema alle caviglie, congestione epatica) sono rare nell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno e quando presenti indicano uno stadio della malattia molto grave o ipoventilazione associata o comorbilità cardiopolmonari. L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno può anche verificarsi con frequenza aumentata in associazione a una serie di condizioni mediche o neurologiche (per es., malattia cerebrovascolare, morbo di Parkinson). Evidenze fisiche riflettono la concomitanza di queste condizioni.

Circa un terzo degli individui sottoposti a valutazione per apnea/ipopnea ostruttiva del sonno riferisce sintomi di depressione, il 10% dei quali presenta punteggi di depressione corrispondenti a una depressione da moderata a grave. La gravità dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, misurata attraverso l'indice di apnea/ipopnea, è correlata alla gravità dei sintomi di depressione. Questa associazione può essere più forte nei maschi che nelle femmine.

Relazione con la International Classification of Sleep Disorders

La seconda edizione della International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2) distingue 11 sottotipi di "disturbi della respirazione correlati al sonno", comprese l'apnea centrale primaria del sonno, l'apnea ostruttiva del sonno e l'ipoventilazione correlata al sonno.

Apnea centrale del sonno

Criteri diagnostici

A. Evidenze polisonnografiche di cinque o più apnee centrali per ora di sonno.

B. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro concomitante disturbo del sonno.

Specificare quale:

327.21 (G47.31) Apnea centrale idiopatica del sonno: Caratterizzata da ripetuti episodi di apnea e ipopnea durante il sonno causati dalla variazione dello sforzo respiratorio ma senza evidenti ostruzioni delle vie aeree.

786.04 (R06.3) Respiro di Cheyne-Stokes: Un pattern di variazione in crescendo-decrescendo del volume respiratorio che provoca apnee centrali e ipopnee con una frequenza di almeno cinque episodi per ora, accompagnati da frequenti risvegli.

780.57 (G47.37) Apnea centrale del sonno in comorbilità con uso di oppiacei: La patogenesi di questo sottotipo è attribuita agli effetti degli oppiacei sui centri generatori del ritmo respiratorio nel midollo, nonché ai suoi effetti differenziali sullo stimolo respiratorio ipossico rispetto a quello ipercapnico.

Nota di codifica (per 780.57 [G47.37] codificare solo): Quando vi è un disturbo da uso di oppiacei, codificare prima il disturbo da uso di oppiacei: 305.50 (F11.10) disturbo da uso di oppiacei lieve, oppure 304.00 (F11.20) disturbo da uso di oppiacei moderato o grave; codificare poi 780.57 (G47.37) per l'apnea centrale del sonno in comorbilità con uso di oppiacei. Quando non vi è il disturbo da uso di oppiacei (per es., dopo un unico episodio di uso pesante di sostanze), codificare solo 780.57 (G47.37) apnea centrale del sonno in comorbilità con uso di oppiacei.

Nota: Si veda la sezione "Caratteristiche diagnostiche" nel testo.

Specificare la gravità attuale:

La gravità dell'apnea centrale del sonno viene classificata in funzione della frequenza dei disturbi respiratori e dell'entità della desaturazione d'ossigeno e della frammentazione del sonno che si verificano come conseguenza dei ripetuti disturbi respiratori.

Sottotipi

L'apnea centrale idiopatica del sonno e il respiro di Cheyne-Stokes sono caratterizzati da un aumentato guadagno del sistema di controllo ventilatorio, indicato anche come *high loop gain*, che porta all'instabilità della ventilazione e dei livelli di $PaCO_2$. Tale instabilità è definita *respiro periodico*, può essere riconosciuto per l'alternanza di iperventilazione e ipoventilazione da svegli. Gli individui con questi disturbi presentano tipicamente i livelli di pCO_2 che sono leggermente ipocapnici o normocapnici. L'apnea centrale del sonno può manifestarsi anche all'inizio del trattamento dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno o può verificarsi in associazione con la sindrome da apnea/ipopnea ostruttiva del sonno (definita *apnea complessa del sonno*). Il verificarsi di apnee centrali del sonno in associazione con apnee ostruttive del sonno potrebbe essere

causato dall'high loop gain. Al contrario, la patogenesi dell'apnea centrale del sonno in comorbilità con uso di oppiacei è stata attribuita agli effetti degli oppiacei sui centri che regolano il ritmo respiratorio nel midollo nonché ai suoi effetti differenziali sullo stimolo respiratorio ipossico rispetto a quello ipercapnico. Questi individui possono avere livelli elevati di pCO_2 da svegli. È stato notato che gli individui che ricevono terapia cronica con metadone presentano un aumento di sonnolenza e depressione, anche se non è stato studiato il ruolo dei disturbi respiratori associati all'uso di oppiacei quale causa di questi problemi.

Specificatori

Un aumento dell'indice di apnea centrale (cioè il numero di apnee centrali per ora di sonno) riflette un aumento della gravità dell'apnea centrale del sonno. La continuità e la qualità del sonno possono essere notevolmente compromesse con riduzione delle fasi ristoratrici del sonno non-REM (cioè diminuzione del sonno a onde lente [stadio N3]). Negli individui con grave respiro di Cheyne-Stokes, il pattern può essere osservato anche durante lo stato di veglia, un'evidenza che è ritenuta essere un indice prognostico negativo di mortalità.

Caratteristiche diagnostiche

I disturbi da apnee centrali del sonno sono caratterizzati da ripetuti episodi di apnea e ipopnea durante il sonno causati da una variazione dello sforzo respiratorio. Questi sono disturbi del controllo della ventilazione in cui gli eventi respiratori si verificano con un pattern periodico o intermittente. L'*apnea centrale idiopatica del sonno* è caratterizzata da sonnolenza, insonnia e risvegli dovuti a dispnea in associazione a cinque o più apnee centrali per ora di sonno. L'apnea centrale del sonno che si verifica in persone con insufficienza cardiaca, ictus o insufficienza renale si manifesta con un tipo di respirazione chiamato *respiro di Cheyne-Stokes*, che è caratterizzato da un pattern di variazioni periodiche in crescendo-decrescendo del volume respiratorio che conduce ad apnee e ipopnee centrali che si verificano con una frequenza di almeno cinque eventi per ora, accompagnati da frequenti risvegli. Apnee centrali del sonno e apnee ostruttive del sonno possono coesistere; il rapporto tra apnee/ipopnee centrali e ostruttive può essere utilizzato per identificare quale condizione sia predominante.

Alterazioni del controllo neuromuscolare della respirazione possono verificarsi in associazione all'uso di farmaci o di sostanze utilizzate dagli individui con disturbi mentali, che possono causare o esacerbare compromissioni del ritmo e della ventilazione respiratori. Gli individui che assumono questi farmaci presentano un disturbo del sonno correlato alla respirazione che potrebbe contribuire a sviluppare disturbi del sonno e a sintomi quali sonnolenza, confusione e depressione. Nello specifico, l'*uso cronico di farmaci oppiacei ad azione prolungata* è spesso associato a una compromissione del controllo respiratorio che conduce ad apnee centrali del sonno.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con apnee/ipopnee centrali del sonno possono manifestare sonnolenza o insonnia. Possono lamentare la frammentazione del sonno, compresi risvegli con dispnea. Alcuni individui sono asintomatici. L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno può coesistere con il respiro di Cheyne-Stokes, e quindi russamento e apnee che terminano bruscamente possono essere osservati durante il sonno.

Prevalenza

La prevalenza dell'apnea centrale idiopatica del sonno non è conosciuta, ma è ritenuta essere rara. La prevalenza del respiro di Cheyne-Stokes è alta negli individui con frazione di eiezione ventricolare depressa. Negli individui con una frazione di eiezione minore del 45%, la prevalenza è stata documentata essere del 20% o superiore. Nel rapporto maschi-femmine la prevalenza propende verso i maschi in misura anche maggiore che nell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno. La prevalenza aumenta con l'età e la maggior parte dei pazienti ha più di 60 anni. Il respiro di Cheyne-Stokes si verifica approssimativamente nel 20% degli individui con ictus. L'apnea centrale del sonno in comorbilità con uso di oppiacei si verifica in circa il 30% degli individui che assumono cronicamente oppiacei per la terapia del dolore e in modo simile negli individui che ricevono terapia di mantenimento con metadone.

Sviluppo e decorso

L'esordio del respiro di Cheyne-Stokes appare legato allo sviluppo di insufficienza cardiaca. Il pattern del respiro di Cheyne-Stokes è associato a oscillazioni di frequenza cardiaca, pressione sanguigna, desaturazione di ossigeno e a elevata attività del sistema nervoso simpatico che possono favorire la progressione dello scompenso cardiaco. Il significato clinico del respiro di Cheyne-Stokes nel contesto di un ictus non è noto, ma il respiro di Cheyne-Stokes può essere un'evidenza transitoria che si risolve col tempo dopo un ictus. L'apnea centrale del sonno in comorbilità con uso di oppiacei è stata documentata in associazione all'uso cronico di oppiacei (per es., per diversi mesi).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Il respiro di Cheyne-Stokes è frequente negli individui con insufficienza cardiaca. La coesistenza della fibrillazione atriale aumenta ulteriormente il rischio, così come l'età avanzata e il genere maschile. Il respiro di Cheyne-Stokes è osservato anche in associazione con ictus e potenzialmente con insufficienza renale. L'instabilità ventilatoria sottostante nel contesto dell'insufficienza cardiaca è stata attribuita all'aumentata chemiosensibilità ventilatoria e all'iperventilazione dovuta alla congestione vascolare polmonare e al ritardo circolatorio. L'apnea centrale del sonno è osservata negli individui che assumono oppiacei ad azione prolungata.

Marker diagnostici

Le evidenze fisiche riscontrate negli individui con respiro di Cheyne-Stokes sono correlate ai fattori di rischio. Possono essere presenti riscontri obiettivi compatibili con lo stato di insufficienza cardiaca, come distensione venosa giugulare, terzo tono cardiaco S_3, crepitii polmonari e edemi agli arti inferiori. La polisonnografia è utilizzata per definire le caratteristiche di respirazione di ogni sottotipo di disturbo del sonno correlato alla respirazione. Le apnee centrali del sonno vengono registrate quando si verificano periodi di cessazione respiratoria maggiori di 10 secondi. Il respiro di Cheyne-Stokes è caratterizzato da un pattern di variazioni periodiche in crescendo-decrescendo del volume respiratorio che conduce ad apnee e ipopnee centrali che si verificano con una frequenza di almeno cinque eventi per ora accompagnati da frequenti arousal. La lunghezza del ciclo di respirazione del respiro di Cheyne-Stokes (o tempo tra la fine di un'apnea centrale e la fine dell'apnea successiva) è di circa 60 secondi.

Conseguenze funzionali dell'apnea centrale del sonno

L'apnea centrale idiopatica del sonno è stata riferita come causa di sintomi di sonno interrotto, tra cui insonnia e sonnolenza. Il respiro di Cheyne-Stokes in comorbilità con insufficienza cardiaca è stato associato a eccessiva sonnolenza, astenia e insonnia, anche se molti individui possono essere asintomatici. La coesistenza di insufficienza cardiaca e respiro di Cheyne-Stokes può essere associata a un aumento di aritmie cardiache e a un aumento della mortalità o di trapianti cardiaci. Gli individui con apnea centrale del sonno in comorbilità con uso di oppiacei possono manifestare sintomi di sonnolenza o di insonnia.

Diagnosi differenziale

L'apnea centrale idiopatica del sonno deve essere distinta da altri disturbi del sonno correlati alla respirazione, da altri disturbi del sonno e condizioni mediche o da disturbi mentali che causano frammentazione del sonno, sonnolenza e astenia. Questo si ottiene mediante la polisonnografia.

Altri disturbi del sonno correlati alla respirazione e disturbi del sonno. L'apnea centrale del sonno può essere distinta dall'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno per la presenza di almeno cinque apnee centrali per ora di sonno. Le due condizioni possono essere concomitanti, ma l'apnea centrale del sonno è considerata predominante quando il rapporto tra eventi respiratori centrali e ostruttivi è maggiore del 50%.

Il respiro di Cheyne-Stokes può essere distinto da altri disturbi mentali, compresi altri disturbi del sonno e altre condizioni mediche che causano frammentazione del sonno, sonnolenza e astenia sulla base della presenza di una condizione predisponente (per es., insufficienza cardiaca o ictus) e sulla base delle evidenze polisonnografiche del caratteristico pattern di respirazione. Le evidenze respiratorie polisonnografiche possono aiutare a differenziare il respiro di Cheyne-Stokes dall'insonnia dovuta ad altre condizioni mediche. La respirazione in alta quota ha un pattern che assomiglia a quello del respiro di Cheyne-Stokes, ma la durata del ciclo respiratorio è più breve, si verifica solo in alta quota, e non è associata a insufficienza cardiaca.

L'apnea centrale del sonno in comorbilità con uso di oppiacei può essere differenziata da altri tipi di disturbi del sonno correlati alla respirazione sulla base dell'uso di farmaci oppiacei ad azione prolungata in combinazione con evidenze polisonnografiche di apnee centrali e respirazione periodica o atassica. Può essere distinta dall'insonnia dovuta a droghe o a uso di sostanze sulla base di evidenze polisonnografiche di apnee centrali del sonno.

Comorbilità

I disturbi da apnea centrale del sonno sono presenti con frequenza nei consumatori di oppiacei ad azione prolungata, come il metadone. Gli individui che assumono questi farmaci hanno un disturbo della respirazione correlato al sonno che potrebbe contribuire allo sviluppo di disturbi del sonno e di sintomi quali sonnolenza, confusione e depressione. Mentre l'individuo è addormentato, possono essere osservati pattern di respirazione quali apnee centrali, apnee periodiche e respirazione atassica. L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno può coesistere con l'apnea centrale del sonno e possono anche essere presenti caratteristiche coerenti con tale condizione (si veda "apnea/ipopnea ostruttiva del sonno" all'inizio di questo capitolo). Il respiro di Cheyne-Stokes è più comunemente osservato in associazione a condizioni che comprendono insuffi-

cienza cardiaca, ictus e insufficienza renale e si osserva più frequentemente negli individui con fibrillazione atriale. Gli individui con respiro di Cheyne-Stokes hanno più probabilità di essere anziani, maschi, e di avere un peso inferiore degli individui con apnea/ipopnea ostruttiva del sonno.

Ipoventilazione correlata al sonno

Criteri diagnostici

A. La polisonnografia mostra la presenza di episodi di diminuita respirazione associati a livelli elevati di CO_2. (**Nota:** In assenza di una misurazione oggettiva della CO_2, la persistenza di bassi livelli di saturazione dell'emoglobina non associati ad apnee/ipopnee può indicare ipoventilazione.)

B. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro concomitante disturbo del sonno.

Specificare quale:

327.24 (G47.34) Ipoventilazione idiopatica: Questo sottotipo non è attribuibile a nessun'altra condizione facilmente identificata.

327.25 (G47.35) Ipoventilazione alveolare centrale congenita: Questo sottotipo è un raro disturbo congenito, che si presenta tipicamente negli individui nel periodo perinatale con respiro superficiale, o cianosi e apnea durante il sonno.

327.26 (G47.36) Ipoventilazione correlata al sonno in comorbilità: Questo sottotipo si verifica come conseguenza di una condizione medica, quale un disturbo polmonare (per es., interstiziopatia polmonare, broncopneumopatia cronica ostruttiva) o un disturbo neuromuscolare o della parete toracica (per es., distrofie muscolari, sindrome post-polio, lesione spinale cervicale, cifoscoliosi) o da farmaci (per es., benzodiazepine, oppiacei). Si verifica anche con l'obesità (sindrome obesità-ipoventilazione), dove riflette una combinazione di aumento del lavoro respiratorio dovuto a una ridotta compliance della parete toracica, un'alterazione di ventilazione/perfusione e un drive respiratorio variabilmente ridotto. Tali individui generalmente sono caratterizzati da indice di massa corporea superiore a 30 e ipercapnia durante la veglia (con una pCO_2 maggiore di 45), senza altre evidenze di ipoventilazione.

Specificare la gravità attuale:

La gravità è classificata in base al grado di ipossiemia e ipercapnia presenti durante il sonno e in base alle evidenze di compromissione d'organo causate da queste anomalie (per es., insufficienza cardiaca destra). La presenza di anomalie gasanalitiche nel sangue arterioso durante la veglia è un indicatore di maggiore gravità.

Sottotipi

Per quanto riguarda la sindrome obesità-ipoventilazione, non è nota la prevalenza di tale disturbo nella popolazione generale, ma si pensa che stia crescendo in relazione all'aumento della prevalenza di obesità e di obesità grave.

Caratteristiche diagnostiche

L'ipoventilazione correlata al sonno può verificarsi indipendentemente o, più frequentemente, in comorbilità con disturbi internistici o neurologici, con uso di farmaci o con il disturbo da uso di sostanze. Anche se questi sintomi non sono obbligatori per porre la diagnosi, gli individui spesso riferiscono eccessiva sonnolenza diurna, arousal frequenti e risvegli durante il sonno, cefalee mattutine e lamentano insonnia.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con ipoventilazione correlata al sonno possono lamentare insonnia o sonnolenza. Negli individui con debolezza diaframmatica possono verificarsi episodi di ortopnea. Possono essere presenti cefalee al risveglio. Durante il sonno, si possono osservare episodi di respiro superficiale e possono coesistere apnea/ipopnea ostruttiva del sonno o apnea centrale del sonno. Possono manifestarsi conseguenze di insufficienza ventilatoria, che includono ipertensione polmonare, cuore polmonare (insufficienza cardiaca destra), policitemia e disfunzioni neurocognitive. Con la progressione dell'insufficienza ventilatoria, le anomalie emogasanalitiche si estendono allo stato di veglia. Possono anche essere presenti condizioni cliniche che causano ipoventilazione correlata al sonno. Episodi di ipoventilazione possono essere associati ad arousal frequenti o a bradi-tachicardia. Gli individui possono lamentare eccessiva sonnolenza e insonnia o cefalee mattutine oppure possono manifestare segni di disfunzione neurocognitiva o di depressione. L'ipoventilazione può non essere presente durante la veglia.

Prevalenza

L'ipoventilazione idiopatica correlata al sonno è molto rara negli adulti. La prevalenza di ipoventilazione alveolare centrale congenita è sconosciuta, ma il disturbo è raro. La comorbilità con ipoventilazione correlata al sonno (cioè ipoventilazione in comorbilità con altre patologie, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva [BPCO], disturbi neuromuscolari o obesità) è più comune.

Sviluppo e decorso

L'ipoventilazione idiopatica correlata al sonno è ritenuta un disturbo di compromissione respiratoria lentamente progressivo. Quando questo disturbo si verifica in comorbilità con altri disturbi (cioè BPCO, disturbi neuromuscolari, obesità), la gravità della malattia riflette la gravità della condizione sottostante e il disturbo progredisce al peggiorare di tale condizione. Complicazioni quali ipertensione polmonare, cuore polmonare, aritmie cardiache, policitemia, disfunzioni neurocognitive e peggioramento dell'insufficienza respiratoria possono aumentare la gravità delle anomalie emogasanalitiche.

L'ipoventilazione alveolare centrale congenita di solito si manifesta alla nascita con respiro superficiale, irregolare o assente. Questo disturbo può manifestarsi anche durante l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta a causa della penetranza variabile della mutazione *PHOX2B*. I bambini con ipoventilazione alveolare centrale congenita hanno più probabilità di presentare disturbi del sistema nervoso autonomo, malattia di Hirschsprung, tumori della cresta neurale e il caratteristico volto a forma di scatola (cioè faccia corta rispetto alla larghezza).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Il drive respiratorio può essere ridotto negli individui che utilizzano depressori del sistema nervoso centrale tra cui benzodiazepine, oppiacei e alcol.

Fattori genetici e fisiologici. L'ipoventilazione idiopatica correlata al sonno è associata a un ridotto drive respiratorio dovuto a un'attenuata chemoresponsività alla CO_2 (ridotta spinta a respirare, cioè "non voglio respirare"), che riflette sottostanti deficit

neurologici a livello dei centri che regolano il controllo della ventilazione. Più comunemente, l'ipoventilazione correlata al sonno si manifesta in comorbilità con un'altra condizione medica, come un disturbo polmonare, un disturbo neuromuscolare o della parete toracica, l'ipotiroidismo o con l'uso di farmaci (per es., benzodiazepine, oppiacei). In queste condizioni, l'ipoventilazione può essere conseguenza di un aumento del lavoro respiratorio e/o di una compromissione della funzione dei muscoli respiratori (cioè "non posso respirare") o di un ridotto drive respiratorio (cioè "non voglio respirare").

I disturbi neuromuscolari influenzano la respirazione attraverso la compromissione dell'innervazione dei muscoli respiratori o della funzionalità dei muscoli respiratori. Comprendono condizioni quali sclerosi laterale amiotrofica, lesioni del midollo spinale, paralisi diaframmatica, miastenia gravis, sindrome di Lambert-Eaton, miopatie tossiche o metaboliche, sindrome post-polio e sindrome di Charcot-Marie-Tooth.

L'ipoventilazione alveolare centrale congenita è un disturbo genetico attribuibile a mutazioni del *PHOX2B*, un gene che è essenziale per lo sviluppo del sistema nervoso autonomo embrionale e degli organi derivanti dalla cresta neurale. I bambini con ipoventilazione alveolare centrale congenita mostrano ridotte risposte ventilatorie all'ipercapnia, soprattutto nel sonno non-REM.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le distribuzioni di genere per l'ipoventilazione correlata al sonno che si verifica in comorbilità con altre condizioni mediche riflettono le distribuzioni di genere delle condizioni mediche in comorbilità. Per esempio, la BPCO è presente più frequentemente nei maschi e con l'aumentare dell'età.

Marker diagnostici

L'ipoventilazione correlata al sonno è diagnosticata attraverso la polisonnografia che mostra ipossiemia e ipercapnia correlate al sonno non meglio spiegate da un altro disturbo del sonno correlato alla respirazione. Il riscontro di un aumento dei livelli di pCO_2 arterioso maggiore di 55 mmHg durante il sonno o un aumento di 10 mmHg o più dei livelli di pCO_2 (fino a un livello che supera anche 50 mm Hg) durante il sonno rispetto ai valori presenti durante la veglia in posizione supina, per 10 minuti o più, è il gold standard diagnostico. Tuttavia, ottenere i valori dei gas nel sangue arterioso durante il sonno è poco pratico, le misure non invasive di misurazione della pCO_2 durante il sonno non sono state adeguatamente convalidate e non vengono utilizzate diffusamente durante la polisonnografia negli adulti. Desaturazioni prolungate e sostenute (saturazione di ossigeno inferiore al 90% per più di 5 minuti con un nadir almeno dell'85%, o saturazione di ossigeno inferiore al 90% per almeno il 30% del tempo di sonno) in assenza di evidenza di ostruzione delle vie aeree superiori sono spesso utilizzate come indicazione di ipoventilazione correlata al sonno; tuttavia questo risultato non è specifico, in quanto vi sono altre possibili cause di ipossiemia, come quella dovuta a malattia polmonare.

Conseguenze funzionali dell'ipoventilazione correlata al sonno

Le conseguenze dell'ipoventilazione correlata al sonno sono correlate agli effetti dell'esposizione cronica all'ipercapnia e all'ipossiemia. Queste alterazioni dei gas ematici

causano vasocostrizione del circolo polmonare che porta all'ipertensione polmonare, la quale, se grave, può esitare in insufficienza cardiaca destra (cuore polmonare). L'ipossiemia può portare alla disfunzione di organi come il cervello, il sangue e il cuore, causando disfunzione cognitiva, policitemia e aritmie cardiache. L'ipercapnia può deprimere il drive respiratorio, portando a insufficienza respiratoria progressiva.

Diagnosi differenziale

Altre condizioni mediche che influenzano la ventilazione. Negli adulti, la varietà idiopatica di ipoventilazione correlata al sonno è molto rara ed è determinata dall'esclusione della presenza di malattie polmonari, malformazioni scheletriche, disturbi neuromuscolari e altri disturbi internistici e neurologici, o di farmaci che influenzano la ventilazione. L'ipoventilazione correlata al sonno deve essere distinta da altre cause di ipossiemia correlata al sonno, come l'ipossiemia dovuta a malattia polmonare.

Altri disturbi del sonno correlati alla respirazione. L'ipoventilazione correlata al sonno può essere distinta dall'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno e dall'apnea centrale del sonno sulla base di caratteristiche cliniche ed evidenze polisonnografiche. L'ipoventilazione correlata al sonno mostra tipicamente periodi più prolungati di desaturazione dell'ossigeno rispetto agli episodi periodici osservati nell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno e nell'apnea centrale del sonno. Apnea/ipopnea ostruttiva del sonno e apnea centrale del sonno mostrano anche un pattern di episodi discreti caratterizzati da ripetute diminuzioni del flusso d'aria che possono essere assenti nell'ipoventilazione correlata al sonno.

Comorbilità

L'ipoventilazione correlata al sonno si verifica spesso in associazione con un disturbo polmonare (per es., malattia polmonare interstiziale, BPCO), una malattia neuromuscolare o della parete toracica (per es., distrofie muscolari, sindrome post-polio, lesioni spinali cervicali, obesità, cifoscoliosi) oppure, particolarmente rilevante per gli operatori di salute mentale, con l'uso di farmaci (per es., benzodiazepine, oppiacei). L'ipoventilazione alveolare centrale congenita si verifica spesso in associazione con disfunzioni del sistema nervoso autonomo e può verificarsi in associazione con la malattia di Hirschsprung. La BPCO, un disturbo da ostruzione delle vie aeree inferiori di solito associata al fumo di sigaretta, può causare ipoventilazione correlata al sonno e ipossiemia. Si ritiene che la presenza di una coesistente apnea/ipopnea ostruttiva del sonno possa esacerbare l'ipossiemia e l'ipercapnia durante il sonno e durante la veglia. Il rapporto tra l'ipoventilazione alveolare centrale congenita e l'ipoventilazione correlata al sonno idiopatica non è chiaro; in alcuni individui, l'ipoventilazione idiopatica correlata al sonno può rappresentare un caso di ipoventilazione alveolare centrale congenita con esordio tardivo.

Relazione con la International Classification of Sleep Disorders

La seconda edizione della International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2) unisce l'ipoventilazione correlata al sonno e la ipossiemia correlata al sonno nella categoria della sindrome da ipoventilazione/ipossiemica legata al sonno. Tale approccio di classificazione riflette la frequente concomitanza dei disturbi che portano a ipoventilazione e ipossiemia. Al contrario, la classificazione utilizzata nel DSM-5 riflette l'evidenza che esistono distinti processi patogenetici correlati al sonno che portano a ipoventilazione.

Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia

Criteri diagnostici

A. Un persistente o ricorrente pattern di interruzione del sonno dovuto principalmente a un'alterazione del sistema circadiano o a un disallineamento tra il ritmo circadiano endogeno e il ritmo sonno-veglia richiesto dalle condizioni fisiche di un individuo o imposto dagli impegni sociali o lavorativi.

B. L'interruzione del sonno porta a eccessiva sonnolenza o a insonnia o a entrambe.

C. L'alterazione del sonno causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito cognitivo, sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota di codifica: Per l'ICD-9-CM, codificare 307.45 per tutti i sottotipi. Per l'ICD-10-CM il codice è basato sul sottotipo.

Specificare quale:

307.45 (G47.21) Tipo fase di sonno ritardata: Un pattern di esordio del sonno e orari del risveglio ritardati, con incapacità di iniziare e terminare il sonno a un orario desiderato precedente o convenzionalmente accettabile.

Specificare se:

Familiare: È presente una familiarità per la fase di sonno ritardata.

Specificare se:

Sovrapposizione con tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore: La fase di sonno ritardata può sovrapporsi con un altro disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia, il ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore.

307.45 (G47.22) Tipo fase di sonno anticipata: Un pattern di esordio del sonno e orario del risveglio anticipati, con incapacità di rimanere svegli o addormentati fino al momento desiderato successivo o convenzionalmente accettabile.

Specificare se:

Familiare: È presente una familiarità per la fase di sonno anticipata.

307.45 (G47.23) Tipo ritmo sonno-veglia irregolare: Un pattern sonno-veglia temporalmente disorganizzato, tale che i tempi dei periodi di sonno e veglia sono variabili durante tutto il corso delle 24 ore.

307.45 (G47.24) Tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore: Un pattern di cicli di sonno-veglia non sincronizzato con le 24 ore ambientali, con una regolare deviazione quotidiana (di solito verso orari sempre ritardati) dell'esordio del sonno e dei momenti di veglia.

307.45 (G47.26) Tipo lavoro con turni: Insonnia durante il periodo principale di sonno e sonnolenza (compreso il sonno involontario) durante il periodo principale di veglia, associati all'orario dei turni di lavoro (cioè con la richiesta di lavorare in orari non convenzionali).

307.45 (G47.20) Tipo non specificato.

Specificare se:

Episodico: I sintomi durano almeno 1 mese, ma meno di 3 mesi.

Persistente: I sintomi durano 3 mesi o più.

Ricorrente: Si verificano due o più episodi nell'arco di 1 anno.

Tipo fase di sonno ritardata

Caratteristiche diagnostiche

Il tipo fase di sonno ritardata si basa fondamentalmente su una storia di ritardo dei tempi del principale periodo di sonno (di solito più di 2 ore) in relazione al tempo desiderato di sonno e risveglio, con conseguenti sintomi di insonnia e di sonnolenza eccessiva. Quando possono impostare i propri orari, gli individui con tipo fase di sonno ritardata mostrano qualità e durata del sonno normali per l'età. Dominano i sintomi di insonnia iniziale, di difficoltà a svegliarsi al mattino e di eccessiva sonnolenza mattutina.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Caratteristiche comuni associate al tipo fase di sonno ritardata comprendono una storia di disturbi mentali o un disturbo mentale concomitante. È anche comune un'estrema e prolungata difficoltà nel risveglio, con confusione mattutina. Insonnia psicofisiologica può svilupparsi come conseguenza di comportamenti disadattivi che compromettono il sonno e aumentano l'arousal a causa di ripetuti tentativi di addormentarsi a un orario più precoce.

Prevalenza

La prevalenza del tipo fase di sonno ritardata nella popolazione generale è di circa lo 0,17%, ma sembra essere superiore al 7% negli adolescenti. Anche se non è stata stabilita la prevalenza del tipo fase di sonno ritardata familiare, una storia familiare di fase di sonno ritardata è presente in individui con tipo fase di sonno ritardata.

Sviluppo e decorso

Il decorso è permanente, dura più di 3 mesi, con esacerbazioni intermittenti durante l'età adulta. Anche se l'età di esordio è variabile, i sintomi iniziano tipicamente nell'adolescenza e nella prima età adulta e persistono per diversi mesi o anni prima che venga posta una diagnosi. La gravità può ridursi con l'età. La ricomparsa dei sintomi è frequente.

L'espressione clinica può variare nel corso della vita a seconda degli impegni sociali, scolastici e lavorativi. L'esacerbazione è solitamente scatenata da un cambiamento nell'orario di lavoro o scolastico, che richiede di svegliarsi presto. Gli individui che possono variare i loro orari di lavoro per adattarsi al tempo di sonna e veglia ritardati possono andare incontro a remissione dei sintomi.

L'aumentata prevalenza in età adolescenziale può essere una conseguenza di fattori sia fisiologici sia comportamentali. I cambiamenti ormonali possono essere coinvolti in modo specifico, visto che la fase di sonno ritardata è associata all'esordio della pubertà. Inoltre, il tipo fase di sonno ritardata negli adolescenti dovrebbe essere differenziato dal comune ritardo nei tempi dei ritmi circadiani di questa età. Nella forma familiare, il decorso è persistente e potrebbe non migliorare in modo significativo con l'età.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. I fattori predisponenti possono comprendere un periodo circadiano più lungo della media, un cambiamento della sensibilità alla luce e compromissione del processo omeostatico del sonno. Alcuni individui con tipo fase di sonno

ritardata potrebbero essere ipersensibili alla luce della sera, che può intervenire come segnale di ritardo per l'orologio circadiano, oppure possono essere iposensibili alla luce del mattino, in modo che i suoi effetti di anticipazione di fase sono ridotti. Fattori genetici, comprese le mutazioni dei geni circadiani (per es., *PER3*, *CKIe*), possono svolgere un ruolo nella patogenesi delle forme ereditarie e sporadiche del tipo fase di sonno ritardata.

Marker diagnostici

La conferma della diagnosi comprende una storia completa e l'uso di un diario del sonno o dell'actigrafia (cioè un rilevatore del movimento da polso che rileva l'attività motoria per periodi prolungati e può essere utilizzato come documentazione dei pattern sonno-veglia per almeno 7 giorni). Il periodo indagato dovrebbe comprendere i fine-settimana, quando gli impegni sociali e lavorativi sono meno rigorosi, per essere sicuri del fatto che l'individuo mostri un pattern di sonno-veglia coerentemente ritardato. Marker biologici quali l'analisi salivare dell'insorgenza di melatonina in risposta alla penombra dovrebbero essere utilizzati solo quando la diagnosi non è chiara.

Conseguenze funzionali del tipo fase di sonno ritardata

L'eccessiva sonnolenza mattutina è dominante. È inoltre comune un'estrema e prolungata difficoltà nel risveglio, con confusione mattutina (cioè inerzia da sonno). La gravità dei sintomi di insonnia e di sonnolenza eccessiva varia notevolmente da individuo a individuo e dipende in gran parte dalle esigenze lavorative e sociali dell'individuo.

Diagnosi differenziale

Variazioni normative del sonno. Il tipo fase di sonno ritardata deve essere distinto dai pattern di sonno "normali", nei quali un individuo ha un orario ritardato che non causa disagio personale, sociale o lavorativo (più comunemente osservato negli adolescenti e nei giovani adulti).

Altri disturbi del sonno. Il disturbo da insonnia e gli altri disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia dovrebbero essere compresi nella diagnosi differenziale. La sonnolenza eccessiva può anche essere causata da altri disturbi del sonno, quali disturbi del sonno correlati alla respirazione, insonnie, disturbi del movimento correlati al sonno, e disturbi clinici, neurologici e mentali. La polisonnografia notturna può aiutare nella valutazione di altri disturbi del sonno in comorbilità, come l'apnea nel sonno. La natura circadiana del tipo fase di sonno ritardata, tuttavia, dovrebbe differenziare il disturbo da altre patologie con sintomi simili.

Comorbilità

Il tipo fase di sonno ritardata è fortemente associato a depressione, disturbo di personalità e disturbo da sintomi somatici o disturbo da ansia di malattia. In aggiunta, la comorbilità con disturbi del sonno, quali disturbo da insonnia, sindrome delle gambe senza riposo e apnea nel sonno, così come i disturbi bipolare e depressivo e i disturbi d'ansia, può esacerbare i sintomi dell'insonnia e della sonnolenza eccessiva. Il tipo fase di sonno ritardata può sovrapporsi a un altro disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia, tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore. Individui riconosciuti con disturbo tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore presentano comunemente anche una storia di fase del sonno ritardata.

Tipo fase di sonno anticipata

Specificatori

Il tipo fase di sonno anticipata può essere documentato con lo specificatore "familiare". Anche se non è stata stabilita la prevalenza del tipo fase di sonno anticipata familiare, una storia familiare di fase di sonno anticipata è presente negli individui con tipo fase di sonno anticipata. In questo tipo, mutazioni specifiche dimostrano una modalità di trasmissione autosomica dominante. Nella forma familiare, l'esordio dei sintomi può verificarsi più precocemente (durante l'infanzia e la prima età adulta), il decorso è persistente e la gravità dei sintomi può aumentare con l'età.

Caratteristiche diagnostiche

Il tipo fase di sonno anticipata è caratterizzato da tempi del sonno-veglia che sono in anticipo di diverse ore rispetto al momento desiderato o convenzionale. La diagnosi si basa principalmente su una storia di anticipo del periodo di sonno principale (di solito di più di 2 ore) in relazione al sonno desiderato e del momento del risveglio, con sintomi di insonnia terminale ed eccessiva sonnolenza diurna. Quando possono impostare i propri orari, gli individui con tipo fase di sonno anticipata manifestano una qualità e una durata del sonno normali per l'età.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con tipo fase di sonno anticipata sono "tipi mattutini", con tempi di sonno-veglia più precoci, con i ritmi dei marcatori biologici circadiani, come la melatonina e la temperatura corporea, anticipati di 2-4 ore rispetto al normale. Quando viene loro richiesto di mantenere un orario convenzionale che richiede un ritardo nell'ora di coricarsi, questi individui continuano ad avere risvegli precoci, che portano a una persistente deprivazione di sonno e a sonnolenza diurna. L'uso di ipnotici o di alcol per combattere l'insonnia di mantenimento e di stimolanti per ridurre la sonnolenza diurna può portare questi individui all'abuso di sostanze.

Prevalenza

La prevalenza stimata del tipo fase di sonno anticipata è circa dell'1% negli adulti di mezza età. I tempi di sonno-veglia e la fase circadiana si anticipano negli individui più anziani, probabilmente giustificando l'aumentata prevalenza in questa popolazione.

Sviluppo e decorso

L'esordio avviene di solito in età adulta avanzata. Nella forma familiare, l'esordio può essere anticipato. Il decorso è tipicamente persistente, perdura più di 3 mesi, ma la gravità può aumentare in base agli orari lavorativi e sociali. Il tipo fase di sonno anticipata è più comune negli anziani.

L'espressione clinica può variare nel corso della vita in base agli impegni sociali, scolastici e lavorativi. Gli individui che possono variare i loro orari di lavoro per adattare il tempo circadiano anticipato di sonno e di veglia possono andare incontro a remissione dei sintomi. L'età avanzata tende ad anticipare la fase del sonno, tuttavia non è chiaro se il comune anticipo di sonno associato all'età sia dovuto unicamente a un cambiamento

del timing circadiano (come si osserva nella forma familiare), o anche a cambiamenti della regolazione omeostatica del sonno correlati all'età, che conducono a risvegli precoci. La gravità, la remissione e la ricaduta dei sintomi suggeriscono una mancanza di aderenza ai trattamenti comportamentali e ambientali programmati con il fine di controllare la struttura del sonno e della veglia e l'esposizione alla luce.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Una riduzione dell'esposizione alla luce nel tardo pomeriggio/prima serata e/o un'esposizione alla luce del mattino a causa del risveglio precoce possono aumentare il rischio di tipo fase di sonno anticipata anticipando i ritmi circadiani. Andando a letto presto, questi individui non sono esposti alla luce nella regione della curva del ritardo di fase, con il risultato di perpetuare l'anticipo di fase. Nel tipo fase di sonno anticipata familiare, un accorciamento del periodo circadiano endogeno può condurre a un anticipo di fase del sonno, sebbene il periodo circadiano non sembri diminuire sistematicamente con l'età.

Fattori genetici e fisiologici. Il tipo fase di sonno anticipata ha una modalità di trasmissione autosomica dominante, comprendente una mutazione del gene *PER2* che causa ipofosforilazione della proteina PER2 e una mutazione missense nel *CKI*.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Gli afroamericani possono avere un periodo circadiano più breve e una maggiore ampiezza di anticipo di fase in risposta alla luce rispetto ai caucasici, aumentando il rischio di sviluppare una fase di sonno anticipata in questa popolazione.

Marker diagnostici

Un diario del sonno e l'actigrafia possono essere usati come marker diagnostici, come descritto precedentemente per il tipo fase di sonno ritardata.

Conseguenze funzionali del tipo fase di sonno anticipata

Un'eccessiva sonnolenza associata a fase di sonno anticipata può avere un effetto negativo sulle prestazioni cognitive, sull'interazione sociale e sulla sicurezza. L'uso di farmaci che potenziano la veglia per combattere la sonnolenza o l'uso di sedativi per contrastare il risveglio precoce possono aumentare il potenziale rischio di abuso di sostanze.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi del sonno. Fattori comportamentali come orari di sonno irregolari, risveglio precoce volontario ed esposizione precoce alla luce di primo mattino dovrebbero essere considerati, soprattutto negli anziani. Andrebbe prestata particolare attenzione nell'escludere altri disturbi del sonno-veglia, come il disturbo da insonnia, altri disturbi mentali e condizioni mediche che possono causare risveglio precoce.

Disturbi bipolare e depressivo. Poiché i risvegli mattutini precoci, l'astenia e la sonnolenza sono caratteristiche rilevanti del disturbo depressivo maggiore, devono essere considerati anche i disturbi depressivo e bipolare.

Comorbilità

Condizioni mediche e disturbi mentali con una sintomatologia di risveglio mattutino precoce, quale l'insonnia, possono essere in concomitanza con il tipo fase di sonno anticipata.

Tipo ritmo sonno-veglia irregolare

Caratteristiche diagnostiche

La diagnosi di tipo ritmo sonno-veglia irregolare si basa principalmente su una storia di sintomi di insonnia notturna (durante il periodo di sonno usuale) e di sintomi di sonnolenza eccessiva (sonnellini) durante il giorno. Il tipo ritmo sonno-veglia irregolare è caratterizzato dalla mancanza di un ritmo circadiano sonno-veglia riconoscibile. Non è presente un periodo di sonno principale e il sonno è frammentato in almeno tre periodi durante una giornata di 24 ore.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con tipo ritmo sonno-veglia irregolare presentano tipicamente insonnia o eccessiva sonnolenza, a seconda del momento della giornata. I periodi di sonno e di veglia nel corso delle 24 ore sono frammentati, sebbene il periodo di sonno più lungo tenda a verificarsi tra le 2 e le 6 del mattino e di solito duri meno di 4 ore. Una storia di isolamento o di reclusione può verificarsi in associazione con il disturbo e può contribuire ai sintomi a causa della mancanza di stimoli esterni che aiutino a instaurare un pattern normale. Gli individui e le persone che si prendono cura di loro segnalano frequenti sonnellini durante il giorno. Il tipo ritmo sonno-veglia irregolare è più comunemente associato a disturbi neurodegenerativi, come il disturbo neurocognitivo maggiore e molti disturbi del neurosviluppo nei bambini.

Prevalenza

La prevalenza del tipo ritmo sonno-veglia irregolare nella popolazione generale è sconosciuta.

Sviluppo e decorso

Il decorso del tipo ritmo sonno-veglia irregolare è persistente. L'età d'esordio è variabile, ma il disturbo è più comune negli anziani.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Disturbi neurodegenerativi, quali malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson e malattia di Huntington, e disturbi del neurosviluppo nei bambini aumentano il rischio di tipo ritmo sonno-veglia irregolare.

Fattori ambientali. Ridotta esposizione alla luce ambientale e attività diurna programmata possono essere associate a un ritmo circadiano di bassa ampiezza. Gli individui ospedalizzati incontrano deboli stimoli esterni di trascinamento e, anche al di fuori del contesto ospedaliero, gli individui con disturbo neurocognitivo maggiore (cioè demenza) sono esposti a una quantità di luce brillante significativamente minore.

Marker diagnostici

Una dettagliata storia del sonno e un diario del sonno (tenuto da un caregiver) o l'actigrafia aiutano a confermare il quadro di tipo ritmo sonno-veglia irregolare.

Conseguenze funzionali del tipo ritmo sonno-veglia irregolare

La mancanza di periodi di sonno e veglia principali chiaramente riconoscibili nel tipo ritmo sonno-veglia irregolare conduce a insonnia o a sonnolenza eccessiva, a seconda delle fasi della giornata. Spesso si verifica anche compromissione del sonno del caregiver e questo è un fattore che va seriamente considerato.

Diagnosi differenziale

Variazioni normative del sonno. Il tipo ritmo sonno-veglia irregolare dovrebbe essere distinto da un orario volontario di sonno-veglia irregolare e di scarsa igiene del sonno, che possono provocare insonnia e sonnolenza eccessiva.

Altre condizioni mediche e disturbi mentali. Dovrebbero essere considerate altre cause di insonnia e di sonnolenza diurna, compresi condizioni mediche e disturbi mentali in comorbilità o farmaci.

Comorbilità

Il tipo ritmo sonno-veglia irregolare si manifesta spesso in comorbilità con malattie neurodegenerative e disturbi del neurosviluppo, come il disturbo neurocognitivo maggiore, la disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) e trauma cranico. Il disturbo è anche in comorbilità con altre condizioni mediche e disturbi mentali con isolamento sociale e/o mancanza di luce e di attività strutturate.

Tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore

Caratteristiche diagnostiche

La diagnosi di tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore si basa principalmente su una storia di sintomi di insonnia o di eccessiva sonnolenza correlati all'anomala sincronizzazione tra il ciclo luce-buio di 24 ore e il ritmo circadiano endogeno. Gli individui tipicamente manifestano periodi di insonnia, eccessiva sonnolenza, o entrambi i sintomi, che si alternano a brevi periodi asintomatici. A partire dal periodo asintomatico, in cui la fase di sonno dell'individuo è in linea con l'ambiente esterno, la latenza del sonno va incontro a un aumento graduale e l'individuo lamenta insonnia di addormentamento. Dal momento che la fase del sonno continua a spostarsi in modo tale che il momento del sonno abbia luogo durante il giorno, l'individuo avrà difficoltà a rimanere sveglio durante il giorno e lamenterà sonnolenza. Poiché il ritmo circadiano non è in linea con il ritmo di 24 ore dell'ambiente esterno, i sintomi dipendono da quando un individuo cerca di dormire in relazione al ritmo circadiano della propria propensione al sonno.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore è un disturbo molto comune tra le persone non vedenti o ipovedenti che hanno una diminuita percezione della luce. Tra gli individui normovedenti, vi è spesso una storia di fase del sonno ritardata, di ridotta esposizione alla luce e di attività sociali e fisiche strutturate. Gli individui normovedenti con il tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore mostrano anche un aumento della durata del sonno.

Prevalenza

La prevalenza del tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore nella popolazione generale non è chiara, ma tale disturbo sembra raro negli individui normovedenti. La prevalenza in individui non vedenti è stimata intorno al 50%.

Sviluppo e decorso

Il decorso del tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore è persistente, con remissione intermittente e riacutizzazioni dovute al mutamento degli orari di lavoro e degli impegni sociali nel corso della vita. L'età d'esordio è variabile, dipendendo dall'esordio della compromissione visiva. In individui normovedenti, a causa della sovrapposizione con il tipo fase di sonno ritardata, il tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore può svilupparsi nell'adolescenza o nella prima età adulta. La remissione e la ricaduta dei sintomi negli individui non vedenti e normovedenti dipendono in larga misura dall'aderenza ai trattamenti programmati per controllare gli schemi di sonno e veglia e l'esposizione alla luce.

L'espressione clinica può variare nel corso della vita a seconda degli impegni sociali, scolastici e lavorativi. Negli adolescenti e negli adulti, orari di sonno-veglia ed esposizione alla luce irregolari o mancanza di luce in momenti importanti della giornata possono esacerbare gli effetti della perdita di sonno e interrompere l'allineamento circadiano. Di conseguenza sintomi di insonnia, sonnolenza diurna e funzionamento scolastico, professionale e interpersonale possono peggiorare.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Negli individui normovedenti, la diminuita esposizione o sensibilità alla luce e le attività sociali e fisiche possono contribuire a sviluppare un ritmo circadiano incontrollato. Con l'elevata frequenza di disturbi mentali che implicano uno stato di isolamento sociale e casi di tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore che si sviluppano dopo un cambiamento nelle abitudini del sonno (per es., lavoro con turni di notte, perdita del posto di lavoro), fattori comportamentali in combinazione con tendenze fisiologiche possono precipitare e perpetuare il disturbo negli individui normovedenti. Individui ricoverati in ospedale con disturbi neurologici e psichiatrici possono diventare insensibili ai vincoli sociali, con predisposizione allo sviluppo del tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore.

Fattori genetici e fisiologici. La cecità è un fattore di rischio per il tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore. Il tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore è stato associato a trauma cranico.

Marker diagnostici

La diagnosi è confermata dalla storia e dal diario del sonno o dall'actigrafia condotta per un periodo prolungato. La misurazione sequenziale dei marcatori di fase (per es., melatonina) può aiutare a determinare la fase circadiana negli individui normovedenti e non vedenti.

Conseguenze funzionali del tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore

Sintomi di insonnia (di inizio e di mantenimento del sonno), di eccessiva sonnolenza, o di entrambe sono rilevanti. L'imprevedibilità dei tempi di sonno e veglia (tipicamente un quotidiano slittamento verso il ritardo) comporta l'impossibilità di frequentare la scuola o di mantenere un lavoro stabile e può aumentare il rischio di isolamento sociale.

Diagnosi differenziale

Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia. Negli individui normovedenti, il tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore dovrebbe essere distinto dal tipo fase di sonno ritardata, dato che gli individui con il tipo fase di sonno ritardata possono mostrare un simile ritardo progressivo del periodo di sonno per diversi giorni.

Disturbi depressivi. Sintomi depressivi e disturbi depressivi possono comportare sintomi simili e analoga disregolazione circadiana.

Comorbilità

La cecità compare spesso in comorbilità con il tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore, così come i disturbi bipolari e depressivi con isolamento sociale.

Tipo lavoro con turni

Caratteristiche diagnostiche

La diagnosi si basa principalmente su una storia lavorativa individuale regolarmente impostata (cioè senza turni straordinari) su orari di lavoro al di fuori della normale finestra diurna 8-18 (soprattutto di notte). Sono rilevanti sintomi persistenti di eccessiva sonnolenza durante il lavoro e di compromissione del sonno a casa. La presenza di entrambi i gruppi di sintomi è in genere necessaria per una diagnosi di tipo lavoro con turni. In genere, quando l'individuo ritorna a una routine giornaliera di lavoro, i sintomi regrediscono. Sebbene l'eziologia sia leggermente diversa, individui che viaggiano frequentemente attraverso molti fusi orari possono provare effetti simili a quelli vissuti da individui con il tipo lavoro con turni che lavorano con turni a rotazione.

Prevalenza

La prevalenza del tipo lavoro con turni è poco chiara, ma è stato stimato che il disturbo colpisce il 5-10% della popolazione che lavora di notte (il 16-20% della forza lavoro). La prevalenza aumenta con il raggiungimento della mezza età e oltre (Drake et al., 2004).

Sviluppo e decorso

Il tipo lavoro con turni può manifestarsi in persone di qualunque età, ma prevale negli individui di età superiore a 50 anni e tipicamente peggiora con il passare del tempo, se persistono orari di lavoro dirompenti. Anche se gli adulti più anziani possono mostrare livelli di adattamento della fase circadiana in relazione a un cambiamento delle attività di routine simili a quelli degli adulti più giovani, essi sembrano lamentare una compromissione del sonno più significativa come conseguenza della turnazione della fase circadiana.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I fattori predisponenti comprendono una disposizione di tipo mattutino, un bisogno di molte ore di sonno per sentirsi riposati (per es., più di 8 ore) e forti bisogni sociali e domestici concorrenti (per es., genitori di bambini piccoli). Gli individui che sono in grado di mantenere uno stile di vita notturno, con poche esigenze giornaliere concorrenti, sembrano meno esposti al rischio di presentare un tipo lavoro con turni.

Fattori genetici e fisiologici. Poiché i lavoratori con turni notturni hanno più probabilità di essere obesi rispetto ai lavoratori con turni diurni, può essere presente l'apnea ostruttiva del sonno e può esacerbare i sintomi.

Marker diagnostici

Una storia e il diario del sonno o l'actigrafia possono essere utili ai fini della diagnosi, come illustrato precedentemente per il tipo fase di sonno ritardata.

Conseguenze funzionali del tipo lavoro con turni

Gli individui con tipo lavoro con turni non solo possono presentare scarse prestazioni lavorative, ma mostrano anche di essere a rischio di incidenti sia sul lavoro sia alla guida tornando a casa. Possono essere anche a rischio di salute mentale (per es., disturbo da uso di alcol, disturbo da uso di sostanze, depressione) e salute fisica (per es., disturbi gastrointestinali, malattie cardiovascolari, diabete, cancro) inadeguate. Gli individui con una storia di disturbo bipolare sono particolarmente vulnerabili a episodi di mania correlati al tipo lavoro con turni come conseguenza delle mancate notti di sonno. Il tipo lavoro con turni è spesso causa di problemi interpersonali.

Diagnosi differenziale

Variazioni normative nel sonno con tipo lavoro con turni. La diagnosi di tipo lavoro con turni, in contrapposizione alle "normali" difficoltà del lavoro con turni, dipende in qualche misura dalla gravità dei sintomi e/o dal livello di disagio provato dall'individuo. La presenza di sintomi di tipo lavoro con turni anche quando l'individuo è in grado di vivere una routine di normali attività giornaliere per diverse settimane consecutive, suggerisce la presenza di altri disturbi del sonno, quali apnea del sonno, insonnia e narcolessia, che dovrebbero essere esclusi.

Comorbilità

Il tipo lavoro con turni è stato associato a un aumentato disturbo da uso di alcol, disturbi da uso di altre sostanze e depressione. Diversi disturbi fisici (per es., disturbi gastrointestinali, malattie cardiovascolari, diabete e cancro) sono stati trovati in associazione con l'esposizione prolungata al turnismo.

Relazione con la International Classification of Sleep Disorders

La seconda edizione dell'International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2) distingue nove disturbi circadiani del ritmo del sonno, compreso il tipo jet lag.

Parasonnie

Le *parasonnie* sono disturbi caratterizzati da esperienze e comportamenti anomali o da eventi fisiologici che si verificano in associazione al sonno, a specifici stadi del sonno o nei passaggi sonno-veglia. Le parasonnie più comuni – i disturbi dell'arousal del sonno non-REM e il disturbo comportamentale del sonno REM – rappresentano rispettivamente un misto di veglia e sonno non-REM e di veglia e sonno REM. Queste condizioni servono a ricordare che il sonno e la veglia non sono mutuamente esclusivi e che il sonno non è necessariamente un fenomeno globale che coinvolge l'intero cervello.

Disturbi dell'arousal del sonno non-REM

Criteri diagnostici

A. Episodi ricorrenti di risvegli incompleti dal sonno, che di solito si verificano durante il primo terzo del principale episodio di sonno, accompagnati da uno dei seguenti sintomi:

1. **Sonnambulismo:** Ripetuti episodi di allontanamento dal letto durante il sonno e di deambulazione nei dintorni. Durante il sonnambulismo, l'individuo ha un'espressione fissa, vuota, è relativamente non reattivo agli sforzi compiuti da altri per comunicare con lui/lei e può essere risvegliato solo con grande difficoltà.
2. **Terrori nel sonno:** Ricorrenti episodi di risvegli dal sonno con terrore improvviso, che di solito iniziano con grida di panico. Vi è una paura intensa e segni di arousal del sistema nervoso autonomo, come midriasi, tachicardia, tachipnea e sudorazione durante ciascun episodio. È presente una relativa mancanza di risposta agli sforzi compiuti da altri per confortare l'individuo durante tali episodi.

B. Nessuna o poche (per es., solo una singola scena visiva) immagini oniriche vengono riferite.

C. È presente amnesia degli episodi.

D. Gli episodi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito cognitivo, sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco).

F. I disturbi mentali e medici coesistenti non spiegano gli episodi di sonnambulismo o di terrori nel sonno.

Nota di codifica: Per l'ICD-9-CM, codificare **307.46** per tutti i sottotipi. Per l'ICD-10-CM, il codice è basato sul sottotipo.

Specificare quale:

307.46 (F51.3) Tipo sonnambulismo

Specificare se:

Con alimentazione correlata al sonno

Con comportamento sessuale correlato al sonno (sexsomnia)

307.46 (F51.4) Tipo terrore nel sonno

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dei disturbi dell'arousal del sonno non-REM è il ripetuto verificarsi di risvegli incompleti, che di solito iniziano durante il primo terzo del principale episodio di sonno (Criterio A), che sono tipicamente brevi, della durata di 1-10 minuti, ma possono essere protratti, fino alla durata di 1 ora. La durata massima di un evento è sconosciuta. Durante questi eventi, gli occhi sono tipicamente aperti. Molti individui mostrano entrambi i sottotipi di arousal in diverse occasioni, il che sottolinea l'unitarietà della fisiopatologia sottostante. I sottotipi riflettono diversi gradi del verificarsi simultaneo di veglia e di sonno non-REM, dando luogo a comportamenti complessi che derivano dal sonno con vari gradi di consapevolezza cosciente, attività motoria e attivazione autonomica.

La caratteristica essenziale del *sonnambulismo* è il ripetersi di episodi di comportamento motorio complesso con esordio durante il sonno, compresi l'alzarsi dal letto e il deambulare nei dintorni (Criterio A1). Gli episodi di sonnambulismo cominciano in qualsiasi fase del sonno non-REM, più comunemente durante il sonno a onde lente, e pertanto ricorrono più spesso durante il primo terzo della notte. Durante gli episodi, l'individuo presenta vigilanza e reattività ridotte, lo sguardo fisso nel vuoto e una relativa mancanza di reattività alla comunicazione da parte degli altri o agli sforzi che gli altri compiono per svegliarlo. Se svegliato durante l'episodio (o al risveglio il mattino successivo), l'individuo ha un ricordo limitato dell'episodio. Dopo l'episodio, vi può essere inizialmente un breve periodo di confusione o difficoltà di orientamento, seguito dal pieno recupero delle funzioni cognitive e di un comportamento appropriato.

La caratteristica essenziale dei *terrori nel sonno* è il ripetuto verificarsi di bruschi risvegli dal sonno, che cominciano di solito con delle grida di panico o con un pianto (Criterio A2). I terrori nel sonno di solito cominciano nel primo terzo del periodo principale del sonno, e durano 1-10 minuti, ma possono durare molto più a lungo, in particolare nei bambini. Gli episodi sono accompagnati da un'imponente arousal del sistema nervoso autonomo e da manifestazioni comportamentali di intensa paura. Durante un episodio, è difficile svegliare o rassicurare l'individuo. Se l'individuo si sveglia dopo il terrore nel sonno, non ricorda alcun sogno, oppure soltanto singole immagini frammentarie. Durante un tipico episodio di terrore nel sonno, l'individuo si mette a sedere in modo brusco sul letto gridando o in preda al pianto, con un'espressione terrorizzata e segni autonomici di ansia intensa (per es., tachicardia, tachipnea, sudorazione, dilatazione delle pupille, aumento del tono muscolare). L'individuo può essere inconsolabile e di solito non risponde agli sforzi degli altri di svegliarlo o rassicurarlo. I terrori nel sonno vengono chiamati anche "terrori notturni" o "pavor nocturnus".

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli episodi di sonnambulismo possono comprendere un'ampia varietà di comportamenti. Gli episodi possono iniziare con confusione: l'individuo può semplicemente mettersi a sedere sul letto, guardarsi attorno o pizzicare la coperta o il lenzuolo. Questo comportamento diventa poi progressivamente più complesso. L'individuo può scendere dal letto ed entrare negli armadi, oppure uscire dalla stanza e persino dall'edificio. Gli individui possono usare il bagno, mangiare e conversare o impegnarsi in comportamenti più complessi. Possono anche verificarsi corse e frenetici tentativi di fuggire da pericoli apparenti. La maggior parte dei comportamenti durante gli episodi di sonnambulismo sono routinari e poco complessi. Tuttavia sono stati riferiti casi di apertura

di porte con la chiave, e persino di messa in funzione di macchinari (guidare un'auto). Il sonnambulismo può anche comprendere comportamenti inappropriati (per es., comunemente, urinare in un armadio o nel cestino della carta straccia). La maggior parte degli episodi dura da diversi minuti a mezz'ora, ma possono essere più prolungati. Poiché il sonno è uno stato di analgesia relativa, le lesioni dolorose subite durante il sonnambulismo possono non essere percepite fino al risveglio successivo all'episodio.

Vi sono due forme "specializzate" di sonnambulismo: alimentazione correlata al sonno e comportamento sessuale correlato al sonno (sexsomnia). Gli individui con *alimentazione correlata al sonno* fanno esperienza di episodi indesiderati e ricorrenti di comportamento alimentare con vari gradi di amnesia, che va dalla mancanza di consapevolezza a piena consapevolezza, senza la capacità di astenersi dal mangiare. Durante questi episodi, possono essere ingeriti cibi inappropriati. Gli individui con disturbo dell'alimentazione correlato al sonno possono trovare le prove del loro pasto notturno solo la mattina seguente. Nella *sexsomnia*, si verificano vari gradi di attività sessuale (per es., masturbazione, accarezzamento, palpeggiamento, rapporto sessuale) come comportamenti complessi derivanti da arousal dal sonno senza consapevolezza cosciente. Questa condizione è più comune nei maschi e può implicare gravi problemi di relazione interpersonale o conseguenze medico-legali.

Nel corso di un tipico episodio di terrore nel sonno, vi è spesso un senso di paura opprimente, con la compulsione a fuggire. Benché possano verificarsi delle immagini oniriche vivide, frammentarie, non viene riferita una sequenza onirica simile a una storia (come negli incubi). Più comunemente, l'individuo non si sveglia completamente, ma ritorna a dormire e presenta amnesia per l'episodio al risveglio il mattino successivo. Di solito si verifica soltanto un episodio per notte. Occasionalmente possono verificarsi più episodi a intervalli nel corso della notte. Questi eventi raramente insorgono durante i sonnellini diurni.

Prevalenza

Episodi isolati o poco frequenti di disturbi dell'arousal del sonno non-REM sono molto comuni nella popolazione generale. Dal 10 al 30% dei bambini ha avuto almeno un episodio di sonnambulismo e il 2-3% ha spesso episodi di sonnambulismo. La prevalenza di disturbo da sonnambulismo, caratterizzato da episodi ripetuti e da compromissione o disagio, è molto più bassa, probabilmente nell'ambito dell'1-5%. La prevalenza di episodi di sonnambulismo (non disturbo da sonnambulismo) è dell'1-7% tra gli adulti, con episodi settimanali o mensili che si verificano nello 0,5-0,7% dei casi. La prevalenza del sonnambulismo nell'arco di vita degli adulti è del 29,2%, con una prevalenza nell'anno precedente di sonnambulismo del 3,6%.

La prevalenza del terrore nel sonno nella popolazione generale è sconosciuta. La prevalenza degli episodi di terrore nel sonno (all'opposto del disturbo da terrore nel sonno, in cui vi è ricorrenza e disagio o compromissione) è approssimativamente del 36,9% all'età di 18 mesi, del 19,7% a 30 mesi e del 2,2% negli adulti.

Sviluppo e decorso

I disturbi dell'arousal del sonno non-REM si verificano più comunemente durante l'infanzia e la loro frequenza diminuisce con l'aumentare dell'età. L'esordio di sonnambulismo in adulti senza nessuna precedente storia di sonnambulismo infantile deve indurre a ricercare specifiche cause eziologiche, come l'apnea ostruttiva del sonno, crisi epilettiche notturne o l'effetto di un farmaco.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. L'uso di sedativi, la deprivazione di sonno, le alterazioni del ritmo sonno-veglia, l'astenia e lo stress fisico o emozionale aumentano la probabilità di episodi. Febbre e deprivazione di sonno possono produrre un aumento della frequenza dei disturbi dell'arousal del sonno non-REM.

Fattori genetici e fisiologici. Fino all'80% degli individui con sonnambulismo possono presentare una storia familiare di sonnambulismo o di terrori nel sonno. Il rischio di sonnambulismo è ulteriormente aumentato (fino al 60% della prole) quando entrambi i genitori hanno una storia del disturbo.

Individui con terrori nel sonno hanno di frequente una storia familiare positiva di terrori nel sonno o di sonnambulismo, con un aumento di 10 volte della prevalenza del disturbo tra i parenti biologici di primo grado. I terrori nel sonno sono molto più comuni nei gemelli monozigoti rispetto ai gemelli dizigoti. L'esatta modalità di ereditarietà non è nota.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Un'attività violenta o sessuale durante gli episodi di sonnambulismo è più probabile che si verifichi negli adulti. L'alimentazione durante gli episodi di sonnambulismo è più frequente nelle femmine. Il sonnambulismo si verifica più spesso nelle femmine durante l'infanzia, ma più spesso nei maschi in età adulta.

I bambini più grandi e gli adulti forniscono una ricostruzione più dettagliata delle immagini spaventose associate ai terrori nel sonno rispetto ai bambini più piccoli, che con maggiore probabilità presentano amnesia completa o riferiscono soltanto un vago senso di paura. Fra i bambini, i terrori nel sonno sono più comuni nei maschi che nelle femmine. Fra gli adulti la distribuzione fra i sessi è uguale.

Marker diagnostici

I disturbi dell'arousal del sonno non-REM insorgono in qualsiasi fase del sonno non-REM, ma più comunemente nel sonno non-REM profondo (sonno a onde lente). Essi compaiono con più probabilità nel primo terzo della notte e solitamente non si verificano durante i sonnellini diurni. Durante l'episodio, il referto polisonnografico può essere oscurato da artefatti legati al movimento. In assenza di tali artefatti, l'elettroencefalogramma durante l'episodio mostra tipicamente frequenze theta o alfa, che indicano attivazione parziale o incompleta.

La polisonnografia con l'ausilio di un monitoraggio audiovisivo può essere usata per documentare episodi di sonnambulismo. In assenza della documentazione effettiva di un episodio durante la registrazione polisonnografica, non vi sono caratteristiche polisonnografiche che possano servire come marker per il sonnambulismo. La deprivazione di sonno può aumentare la probabilità di documentare un evento di sonnambulismo. Come gruppo, gli individui con sonnambulismo mostrano instabilità del sonno non-REM profondo, ma la sovrapposizione con i risultati ottenuti dagli individui che non presentano sonnambulismo è sufficientemente grande da precludere l'utilizzo di questo indicatore per porre una diagnosi. A differenza degli arousal dal sonno REM associati a incubi, in cui vi è un aumento della frequenza cardiaca e della respirazione prima dell'arousal, gli arousal dei terrori nel sonno del sonno non-REM insorgono bruscamente dal sonno, senza cambiamenti anticipatori a livello del sistema nervoso autonomo. Gli arousal sono associati a una notevole attività del sistema nervoso autonomo, con una frequen-

za cardiaca raddoppiata o triplicata. La fisiopatologia è poco conosciuta, ma sembra essere presente una instabilità delle fasi più profonde del sonno non-REM. In assenza della documentazione di un evento durante uno studio formale del sonno, non vi sono indicatori polisonnografici attendibili della tendenza a sperimentare terrori nel sonno.

Conseguenze funzionali dei disturbi dell'arousal del sonno non-REM

Per porre una diagnosi di disturbo dell'arousal del sonno non-REM, gli individui o i familiari devono vivere un disagio o una compromissione clinicamente significativi, anche se i sintomi di parasonnia possono verificarsi occasionalmente in popolazioni non cliniche ed essere valutati sotto soglia per la diagnosi. L'imbarazzo riguardante gli episodi può compromettere le relazioni sociali. Possono conseguirne isolamento sociale o difficoltà lavorative. La determinazione di un "disturbo" dipende da una serie di fattori che possono variare su base individuale e dipende dalla frequenza degli eventi, dalle potenzialità di comportamenti violenti o lesivi, dall'imbarazzo o dal disagio di altri membri della famiglia. La determinazione della gravità è effettuata al meglio basandosi sulla natura o sulle conseguenze dei comportamenti piuttosto che semplicemente sulla loro frequenza. Raramente, i disturbi dell'arousal del sonno non-REM possono comportare lesioni gravi all'individuo o a qualcuno che prova a consolarlo. Le lesioni verso altri sono limitate a chi è a più stretto contatto con l'individuo; gli individui non sono "cercati". Tipicamente, il sonnambulismo nei bambini e negli adulti non è associato a disturbi mentali significativi. Negli individui con alimentazione correlata al sonno, che senza saperlo preparano cibo o mangiano durante il sonno, possono presentarsi problemi quali controllo del diabete, aumento di peso, lesioni (tagli e ustioni) o conseguenze derivanti dal mangiare sostanze non commestibili, pericolose o tossiche. I disturbi dell'arousal del sonno non-REM possono generare raramente comportamenti violenti o nocivi con implicazioni medico-legali.

Diagnosi differenziale

Disturbo da incubi. A differenza degli individui con disturbi dell'arousal del sonno non-REM, gli individui con disturbo da incubi tipicamente si svegliano facilmente e completamente, riferiscono sogni vividi simili a storie che accompagnano gli episodi e tendono ad avere ulteriori episodi nel corso della notte. I disturbi dell'arousal del sonno non-REM si verificano durante il sonno non-REM, mentre di solito gli incubi si verificano durante il sonno REM. I genitori di bambini con disturbi dell'arousal del sonno non-REM possono male interpretare i racconti di immagini frammentarie e possono scambiarli per incubi.

Disturbi del sonno correlati alla respirazione. I disturbi della respirazione durante il sonno possono anche produrre risvegli confusionali con conseguente amnesia. Tuttavia, i disturbi del sonno correlati alla respirazione sono caratterizzati anche da tipici sintomi di russamento, pause respiratorie e sonnolenza diurna. In alcuni individui un disturbo del sonno correlato alla respirazione può precipitare episodi di sonnambulismo.

Disturbo comportamentale del sonno REM. Il disturbo comportamentale del sonno REM può essere difficilmente distinto dai disturbi dell'arousal del sonno non-REM. Il disturbo comportamentale del sonno REM è caratterizzato da episodi di movimenti complessi e rilevanti che spesso comportano lesioni personali nel risveglio dal sonno. Contrariamente ai disturbi dell'arousal del sonno non-REM, il disturbo comportamentale del sonno REM ricorre durante il sonno REM. Gli individui con disturbo comportamentale del sonno REM si svegliano facilmente, e riferiscono contenuti dei sogni più dettagliati e vividi rispetto agli individui con disturbi dell'arousal del sonno non-REM. Spesso riferiscono di "mettere in atto i sogni".

Sindrome da sovrapposizione di parasonnie. La sindrome da sovrapposizione di parasonnie è composta dalle caratteristiche cliniche e polisonnografiche sia del sonnambulismo sia del disturbo comportamentale del sonno REM.

Crisi epilettiche correlate al sonno. Alcuni tipi di crisi epilettiche correlate al sonno possono generare episodi di comportamento molto inusuale che si verificano soprattutto o esclusivamente durante il sonno. Le crisi notturne possono sembrare molto simili ai disturbi dell'arousal del sonno non-REM, ma tendono ad avere una natura più stereotipata, si verificano più volte per notte ed è più probabile che si verifichino durante sonnellini diurni. La presenza di crisi correlate al sonno non preclude la presenza di disturbi dell'arousal del sonno non-REM. Le crisi correlate al sonno dovrebbero essere classificate come forma di epilessia.

Blackout indotti dall'alcol. Blackout indotti dall'alcol possono essere associati a comportamenti estremamente complessi in assenza di altri indizi di intossicazione. Non implicano perdita di coscienza, ma riflettono piuttosto un'interruzione isolata della memoria degli eventi occorsi durante un episodio di assunzione alcolica. All'anamnesi, questi comportamenti possono essere indistinguibili da quelli osservati nei disturbi dell'arousal del sonno non-REM.

Amnesia dissociativa, con fuga dissociativa. Può essere estremamente difficile distinguere la fuga dissociativa dal sonnambulismo. A differenza di tutte le altre parasonnie, la fuga dissociativa notturna insorge da un periodo di veglia durante il sonno, piuttosto che bruscamente dal sonno senza che sia intercorso uno stato di veglia. È di solito presente (anche se può essere difficile da raccogliere) una storia di ricorrenti abusi fisici o sessuali nell'infanzia.

Simulazione o altri comportamenti volontari che si verificano durante la veglia. Come la fuga dissociativa, la simulazione o altri comportamenti volontari che si verificano durante la veglia insorgono nello stato di veglia.

Disturbo di panico. Gli attacchi di panico possono anche causare bruschi risvegli dal sonno profondo non-REM accompagnati da paura, ma questi episodi producono risvegli rapidi e completi senza confusione, amnesia o attività motoria tipica dei disturbi dell'arousal del sonno non-REM.

Comportamenti complessi indotti da farmaci. Comportamenti simili a quelli dei disturbi dell'arousal del sonno non-REM possono essere indotti da uso o sospensione di sostanze o farmaci (per es., benzodiazepine, sedativi-ipnotici non benzodiazepinici, oppiacei, cocaina, nicotina, antipsicotici, antidepressivi triciclici, cloralio idrato). Tali comportamenti possono insorgere nel periodo di sonno e possono essere estremamente complessi. La fisiopatologia sottostante sembra quella di un'amnesia relativamente isolata. In tali casi, si dovrebbe fare diagnosi di disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci, tipo parasonnia (si veda "Disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci", più avanti in questo capitolo).

Sindrome da alimentazione notturna. Il sonnambulismo con alimentazione correlata al sonno deve essere differenziato dalla sindrome da alimentazione notturna, in cui vi è un ritardo del ritmo circadiano di assunzione del cibo e un'associazione con insonnia e/o depressione.

Comorbilità

Negli adulti, vi è un'associazione tra sonnambulismo ed episodi di disturbo depressivo maggiore e disturbo ossessivo-compulsivo. Bambini o adulti con terrori nel sonno possono avere punteggi elevati di depressione e ansia nei questionari di personalità.

Relazione con la International Classification of Sleep Disorders

La seconda edizione della International Classification of Sleep Disorders comprende l'"arousal confusionale" come un disturbo dell'arousal del sonno non-REM.

Disturbo da incubi 307.47 (F51.5)

Criteri diagnostici

A. Ripetuti episodi di sogni prolungati, estremamente disforici e vividi che solitamente implicano sforzi per evitare minacce alla sopravvivenza, alla sicurezza o all'integrità fisica e che si verificano generalmente durante la seconda metà del principale episodio di sonno.

B. Al risveglio dai sogni disforici, l'individuo diventa rapidamente orientato e vigile.

C. Il disturbo del sonno causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito cognitivo, sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I sintomi degli incubi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso o un farmaco).

E. Disturbi mentali e medici coesistenti non spiegano adeguatamente l'esperienza dominante di sogni disforici.

Specificare se:

Durante l'esordio del sonno

Specificare se:

Con un disturbo associato non relativo al sonno, compresi i disturbi da uso di sostanze

Con un'altra condizione medica associata

Con un altro disturbo del sonno associato

Nota di codifica: Il codice 307.47 (F51.5) si applica a tutti e tre gli specificatori. Codificare anche il disturbo mentale, la condizione medica o un altro disturbo del sonno di rilievo associati immediatamente dopo il codice del disturbo da incubi al fine di indicare l'associazione.

Specificare se:

Acuto: La durata del periodo di incubi è di 1 mese o meno.

Subacuto: La durata del periodo di incubi è maggiore di 1 mese ma inferiore a 6 mesi.

Persistente: La durata del periodo di incubi è di 6 mesi o superiore.

Specificare la gravità attuale:

La gravità può essere valutata dalla frequenza con cui si verificano gli incubi:

Lieve: In media, meno di un episodio a settimana;

Moderata: Uno o più episodi a settimana, ma meno di un episodio a notte.

Grave: Episodi ogni notte.

Caratteristiche diagnostiche

Gli *incubi* sono tipicamente lunghe ed elaborate sequenze di immagini oniriche simili a storie che sembrano reali e che inducono ansia, paura o altre emozioni disforiche. Il contenuto degli incubi è tipicamente focalizzato su tentativi di evitare o fronteggiare un pericolo imminente, ma può implicare temi che evocano altre emozioni negative. Incubi che si verificano dopo esperienze traumatiche possono replicare la situazione minacciosa ("incubi replicativi"), ma nella maggior parte dei casi questo non si verifica. Al risveglio, gli incubi sono ancora vividi e possono essere descritti nei dettagli. Gli incubi insorgono quasi esclusivamente durante il sonno-REM e possono quindi verificarsi in qualsiasi momento del sonno, ma con maggiori probabilità durante la seconda metà del periodo di sonno principale, quando l'attività onirica è più lunga e intensa. I fattori che aumentano l'intensità REM di inizio notte, come la frammentazione o la deprivazione di sonno, il jet lag e i farmaci sensibili sul sonno REM, potrebbero facilitare l'insorgenza di incubi in una fase più precoce della notte, anche all'inizio del sonno.

Gli incubi di solito terminano con il risveglio e il rapido ritorno della completa vigilanza. Tuttavia, le emozioni disforiche possono persistere nello stato di veglia e possono contribuire alla difficoltà nel riaddormentarsi e al protrarsi del disagio diurno. Alcuni incubi, noti come "brutti sogni", possono non indurre il risveglio e vengono ricordati solo in momenti successivi. Se gli incubi si verificano durante i SOREMP (*ipnagogici*), l'emozione disforica è di frequente accompagnata dalla sensazione di essere svegli ma incapaci di muoversi volontariamente (*paralisi del sonno isolata*).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli incubi possono essere caratterizzati da un lieve arousal del sistema nervoso autonomo (per es., sudorazione, tachicardia, tachipnea). I movimenti del corpo e le vocalizzazioni non sono caratteristici a causa della perdita del tono muscolare scheletrico correlata al sonno-REM, ma questi comportamenti possono verificarsi in situazioni di stress emotivo o frammentazione del sonno e nel disturbo da stress post-traumatico (DSPT). Quando si verificano momenti di vocalizzazioni o emozioni, si tratta solitamente di brevi eventi che terminano l'incubo.

Gli individui con incubi frequenti sono a rischio sostanzialmente maggiore di ideazione suicidaria e di tentativi di suicidio, anche quando vengano presi in considerazione genere e malattia mentale.

Prevalenza

La prevalenza di incubi aumenta dall'infanzia all'adolescenza. Dall'1,3 al 3,9% dei genitori riferisce che i loro bambini in età prescolare hanno incubi "spesso" o "sempre". La prevalenza aumenta dai 10 ai 13 anni, per maschi e femmine, ma continua ad aumentare nelle femmine fino all'età di 20-29 anni (mentre per i maschi diminuisce), al punto che può essere due volte più alta per le femmine rispetto ai maschi. La prevalenza diminuisce progressivamente con l'età in entrambi i sessi, ma la differenza di genere rimane invariata. Tra gli adulti, la prevalenza di coloro che hanno incubi almeno una volta al mese è del 6%, mentre la prevalenza di coloro che hanno incubi frequenti è dell'1-2%. Le stime combinano spesso indiscriminatamente incubi idiopatici e post-traumatici.

Sviluppo e decorso

Gli incubi cominciano spesso tra i 3 e i 6 anni ma raggiungono un picco di prevalenza e di gravità nella tarda adolescenza o nella prima età adulta. Gli incubi compaiono con maggiore probabilità nei bambini esposti a fattori di stress psicosociale acuti o cronici e quindi possono non risolversi spontaneamente. In una minoranza, incubi frequenti persistono nell'età adulta, diventando virtualmente un disturbo che dura tutta la vita. Benché il contenuto specifico dell'incubo possa riflettere l'età dell'individuo, le caratteristiche essenziali del disturbo sono le stesse nelle diverse fasce di età.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Gli individui che soffrono di incubi riferiscono più frequenti eventi avversi nel passato, ma non necessariamente traumi, e spesso mostrano disturbi della personalità o diagnosi psichiatriche.

Fattori ambientali. La deprivazione o la frammentazione del sonno e gli orari irregolari di sonno-veglia che alterano il tempo, l'intensità o la quantità del sonno REM, possono mettere gli individui a rischio di incubi.

Fattori genetici e fisiologici. Studi sui gemelli hanno identificato gli effetti genetici sulla disposizione agli incubi e sulla loro concomitanza con altre parasonnie (per es., sonniloquio).

Modificatori del decorso. Comportamenti adattivi dei genitori al capezzale, quali il calmare il bambino dopo un incubo, possono preservare dallo sviluppo di incubi cronici.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il significato attribuito agli incubi può variare a seconda della cultura e la sensibilità verso certe credenze può facilitare la loro rivelazione.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Gli adulti di sesso femminile riferiscono di avere incubi più spesso di quanto non facciano gli adulti di sesso maschile. I contenuti degli incubi differiscono in base al sesso, con gli adulti di sesso femminile che tendono a segnalare temi di molestie sessuali o di persone care scomparse/defunte, mentre gli adulti di sesso maschile tendono a riportare temi di aggressione fisica o di guerra/terrorismo.

Marker diagnostici

Studi polisonnografici dimostrano bruschi risvegli dal sonno REM, di solito durante la seconda metà della notte, prima che venga riferito un incubo. I battiti cardiaci, la frequenza respiratoria e la velocità dei movimenti degli occhi possono aumentare o essere maggiormente variabili prima del risveglio. Gli incubi che seguono eventi traumatici possono insorgere anche durante il sonno non-REM (NREM), in particolare nello stadio 2. Il sonno tipico degli individui con incubi è lievemente compromesso (per es., ridotta efficienza, minore sonno a onde lente, più risvegli), con più frequenti movimenti periodici delle gambe nel sonno e attivazione relativa del sistema nervoso simpatico dopo la deprivazione di sonno REM.

Conseguenze funzionali del disturbo da incubi

Gli incubi causano più un disagio soggettivo significativo, che non una dimostrabile compromissione sociale o lavorativa. Tuttavia, se i risvegli sono frequenti o se si evita il sonno, gli individui possono soffrire di eccessiva sonnolenza diurna, scadimento della capacità di concentrazione, depressione, ansia o irritabilità. Incubi frequenti nell'infanzia (per es., diversi episodi a settimana) possono causare un disagio significativo per i genitori e per il bambino.

Diagnosi differenziale

Disturbo da terrore nel sonno. Sia il disturbo da incubi sia il disturbo da terrore nel sonno implicano risvegli completi o parziali accompagnati da paura e attivazione neurovegetativa, ma i due disturbi sono differenziabili. Gli incubi tipicamente si verificano nella seconda parte della notte, durante il sonno REM, e producono sogni vividi, simili a storie, ricordati in modo chiaro; lieve iperreattività neurovegetativa; e risvegli completi. I terrori nel sonno insorgono tipicamente nel primo terzo della notte, durante lo stadio 3 o 4 del sonno-NREM, e non producono alcun ricordo del sogno, né di immagini elaborate simili a storie. I terrori conducono a risvegli parziali che lasciano l'individuo confuso, disorientato e solo parzialmente reattivo, e con una significativa ipereccitabilità del sistema nervoso autonomo. In genere vi è amnesia per l'evento al mattino.

Disturbo comportamentale del sonno REM. La presenza di attività motoria complessa durante i sogni spaventosi dovrebbe orientare la valutazione verso un disturbo comportamentale del sonno REM, che si verifica più tipicamente nei maschi di tarda mezza età e, a differenza del disturbo da incubi, è associato a sogni agiti spesso violenti e a una storia di lesioni notturne. L'alterata attività onirica presente nel disturbo comportamentale del sonno REM viene descritto dai pazienti come un incubo ma è controllabile attraverso farmaci appropriati.

Lutto. Durante il lutto possono verificarsi sogni disforici ma tipicamente questi implicano le tematiche di perdita e di tristezza e sono seguiti da momenti di autoriflessione e di introspezione, piuttosto che di disagio, al risveglio.

Narcolessia. Gli incubi sono un sintomo frequente nella narcolessia, ma la presenza di sonnolenza eccessiva e cataplessia differenzia questa condizione dal disturbo da incubi.

Crisi epilettiche notturne. Le crisi epilettiche possono raramente manifestarsi come incubi e dovrebbero essere valutate con la polisonnografia e con la video-elettroencefalografia. Le crisi notturne di solito implicano un'attività motoria stereotipata. Gli incubi associati, se ricordati, sono spesso di natura ripetitiva o riflettono caratteristiche epilettogene quali il contenuto delle aure diurne (per es., paura immotivata), fosfeni o immagini allucinatorie. Possono anche essere presenti disturbi dell'arousal, specialmente arousal confusionali.

Disturbi del sonno correlati alla respirazione. I disturbi del sonno correlati alla respirazione possono portare a risvegli con iperattività del sistema nervoso autonomo, ma questi non sono di solito accompagnati dal ricordo di incubi.

Disturbo di panico. Negli attacchi che insorgono durante il sonno possono prodursi bruschi risvegli con iperreattività neurovegetativa e intensa paura, ma tipicamente non vengono riferiti incubi e i sintomi sono simili agli attacchi di panico che insorgono nello stato di veglia.

Disturbi dissociativi correlati al sonno. Gli individui possono ricordare traumi emotivi o fisici reali come un "sogno" durante risvegli documentati mediante elettroencefalogramma.

Uso di farmaci o sostanze. Numerosi farmaci/sostanze possono precipitare incubi, compresi dopaminergici; antagonisti beta-adrenergici e altri antipertensivi; amfetamina, cocaina e altri stimolanti; antidepressivi; sussidi per smettere di fumare; e melatonina. L'astinenza da farmaci che sopprimono il sonno REM (per es., i farmaci antidepressivi) e l'alcol possono produrre un rimbalzo di sonno REM accompagnato da incubi. Se gli incubi sono sufficientemente gravi da richiedere un'attenzione clinica indipendente, dovrebbe essere presa in considerazione una diagnosi di disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci.

Comorbilità

Gli incubi possono verificarsi in comorbilità con diverse condizioni mediche, tra cui la malattia coronarica, il cancro, il parkinsonismo e il dolore, e possono accompagnare trattamenti medici, come l'emodialisi, o l'astinenza da farmaci o da sostanze di abuso. Gli incubi sono spesso in comorbilità con altri disturbi mentali, compreso il DSPT; disturbo da insonnia; schizofrenia; psicosi; alterazioni dell'umore, disturbi d'ansia, dell'adattamento, di personalità; e angoscia durante un lutto. In questi casi deve essere presa in considerazione una diagnosi concomitante di disturbo da incubi quando è giustificata un'attenzione clinica indipendente da altri disturbi (cioè quando i Criteri A e C sono soddisfatti). Altrimenti, non è necessaria alcuna diagnosi separata. Queste condizioni devono essere elencate sotto l'appropriato specificatore delle categorie in comorbilità. Tuttavia, il disturbo da incubi può essere diagnosticato come un disturbo separato negli individui con DSPT, se gli incubi non sono temporalmente correlati al DSPT (cioè quando precede altri sintomi del DSPT o se persiste dopo che altri sintomi del DSPT sono spariti).

Gli incubi sono normalmente caratteristici del disturbo comportamentale del sonno REM, del DSPT e del disturbo da stress acuto, ma il disturbo da incubi può essere codificato indipendentemente se gli incubi precedono l'altra condizione e se la frequenza o la gravità degli incubi richiede un'attenzione clinica indipendente. Quest'ultima può essere determinata chiedendo agli individui se gli incubi erano un problema prima dell'esordio della loro malattia e se erano continuati anche dopo che gli altri sintomi erano andati incontro a remissione.

Relazione con la International Classification of Sleep Disorders

La seconda edizione della International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2) presenta criteri diagnostici per il disturbo da incubi.

Disturbo comportamentale del sonno REM 327.42 (G47.52)

Criteri diagnostici

A. Ripetuti episodi di arousal durante il sonno associati a vocalizzazioni e/o a comportamenti motori complessi.

B. Questi comportamenti insorgono durante il sonno a movimenti oculari rapidi (REM) e quindi di solito si verificano più di 90 minuti dopo l'inizio del sonno, sono più frequenti durante le ultime parti del periodo di sonno e raramente si verificano durante i sonnellini diurni.

C. Al risveglio da questi episodi, l'individuo è completamente sveglio, vigile e non confuso o disorientato.

D. Uno dei seguenti:

1. Sonno REM senza atonia alla registrazione polisonnografica.
2. Una storia indicativa di disturbo comportamentale del sonno REM e una diagnosi definita di sinucleinopatia (per es., morbo di Parkinson, atrofia multisistemica).

E. I comportamenti causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (che possono includere lesioni a se stessi o al compagno di letto).

F. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici di una sostanza (per esempio, una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

G. Disturbi mentali e medici coesistenti non spiegano gli episodi.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo comportamentale del sonno REM è la presenza di episodi ripetuti di arousal, spesso associati a vocalizzazioni e/o a comportamenti motori complessi che insorgono durante il sonno REM (Criterio A). Questi comportamenti spesso riflettono risposte motorie al contenuto di sogni d'azione o violenti, in cui si è aggrediti o si cerca di fuggire da una situazione minacciosa, e possono essere definiti *comportamenti che mettono in atto il sogno*. Le vocalizzazioni sono spesso intense, cariche di emozioni e irriverenti. Questi comportamenti possono essere molto fastidiosi per l'individuo e per il compagno di letto e possono causare lesioni significative (per es., cadere, saltare o volare giù dal letto, correre, dare pugni, spingere, colpire o scalciare). Al risveglio, l'individuo è immediatamente sveglio, attento e orientato (Criterio C) ed è spesso in grado di richiamare alla mente il sogno, che è strettamente correlato al comportamento osservato. Gli occhi rimangono tipicamente chiusi durante questi eventi. La diagnosi di disturbo comportamentale del sonno REM richiede disagio o compromissione clinicamente significativi (Criterio E); la determinazione della diagnosi dipende da una serie di fattori, compresi la frequenza degli episodi, la potenzialità di mettere in atto comportamenti violenti o lesivi, l'imbarazzo e il disagio causati agli altri membri della famiglia.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

La determinazione della gravità è basata principalmente sulla natura o sulla conseguenza del comportamento, piuttosto che semplicemente sulla frequenza degli episodi. Sebbene i comportamenti siano tipicamente marcati e violenti, possono anche verificarsi comportamenti meno gravi.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo comportamentale del sonno REM nella popolazione generale è circa 0,38-0,5%. La prevalenza nei pazienti con disturbi psichiatrici può essere maggiore, possibilmente correlata ai farmaci prescritti per il disturbo psichiatrico.

Sviluppo e decorso

L'esordio del disturbo comportamentale del sonno REM può essere graduale o rapido e il decorso è solitamente progressivo. Il disturbo comportamentale del sonno REM as-

sociato a disturbi neurodegenerativi può progredire con l'avanzare del disturbo neurodegenerativo sottostante. A causa dell'elevata associazione con la successiva comparsa di un disturbo neurodegenerativo sottostante, in particolare una delle sinucleinopatie (morbo di Parkinson, atrofia multisistemica o disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy), lo stato neurologico degli individui con disturbo comportamentale del sonno REM deve essere attentamente monitorato.

Il disturbo comportamentale del sonno REM colpisce prevalentemente i maschi di età superiore a 50 anni, ma tale disturbo viene identificato in maniera crescente anche nelle femmine e negli individui più giovani. Sintomi negli individui giovani, in particolare nelle femmine, dovrebbero proporre l'ipotesi di narcolessia o di disturbo indotto da farmaci.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Molti farmaci largamente prescritti, compresi antidepressivi triciclici, inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, inibitori della ricaptazione della serotonina-norepinefrina e beta-bloccanti, possono causare evidenze polisonnografiche di sonno REM senza atonia e di un franco disturbo comportamentale del sonno REM. Non è noto se i farmaci causino di per sé il disturbo comportamentale del sonno REM, oppure se smascherino una predisposizione sottostante.

Marker diagnostici

Reperti polisonnografici di laboratorio associati indicano un aumento dell'attività elettromiografica tonica e/o fasica durante il sonno REM che è normalmente associato ad atonia muscolare. L'aumentata attività muscolare coinvolge in maniera variabile diversi gruppi muscolari, indicando la necessità di un più ampio monitoraggio elettromiografico rispetto a quello impiegato negli studi del sonno convenzionali. Per questa ragione, è suggerito che il monitoraggio elettromiografico comprenda i gruppi di muscoli sottomentonieri, estensori delle dita bilaterali e tibiali anteriori bilaterali. Il videomonitoraggio continuo è obbligatorio. Altri reperti polisonnografici possono comprendere un'attività elettromiografica periodica e aperiodica delle estremità durante il sonno non-REM (NREM). Questa osservazione polisonnografica, chiamata sonno REM senza atonia, è presente in quasi tutti i casi di disturbo comportamentale del sonno REM, ma può anche essere un reperto polisonnografico asintomatico. La presenza di comportamenti clinici che mettono in atto i sogni accoppiati al reperto polisonnografico di sonno REM senza atonia è necessaria per porre la diagnosi di disturbo comportamentale del sonno REM. Il sonno REM senza atonia, senza un'anamnesi clinica di comportamenti che mettono in atto i sogni, è semplicemente una constatazione polisonnografica asintomatica. Non è noto se il sonno REM senza atonia da solo sia un precursore del disturbo comportamentale del sonno REM.

Conseguenze funzionali del disturbo comportamentale del sonno REM

Il disturbo comportamentale del sonno REM può verificarsi sporadicamente in individui altrimenti sani. L'imbarazzo riguardante gli episodi può compromettere le relazioni sociali. Gli individui possono evitare situazioni in cui gli altri potrebbero venire a conoscenza del disturbo, come visitare gli amici durante la notte o dormire nello stesso letto con qualcun altro. Possono derivarne isolamento sociale o difficoltà lavorative. Raramente, il disturbo comportamentale del sonno REM può causare gravi lesioni in chi ne è affetto o nel compagno di letto.

Diagnosi differenziale

Altre parasonnie. Arousal confusionali, sonnambulismo e terrore nel sonno possono essere facilmente confusi con il disturbo comportamentale del sonno REM. In genere, questi disturbi si verificano in individui più giovani. A differenza del disturbo comportamentale del sonno REM, insorgono nel sonno non-REM profondo e quindi tendono a verificarsi nella parte iniziale del periodo di sonno. Il risveglio da un arousal confusionale è associato a confusione, disorientamento e ricordo incompleto dell'attività onirica che accompagna il comportamento. Il monitoraggio polisonnografico nei disturbi dell'arousal rivela la normale atonia REM.

Crisi epilettiche notturne. Le crisi epilettiche notturne possono imitare perfettamente il disturbo comportamentale del sonno REM, ma i comportamenti sono generalmente più stereotipati. Il monitoraggio polisonnografico mediante un montaggio elettroencefalografico completo può differenziare i due disturbi. Il sonno REM senza atonia non è presente nel monitoraggio polisonnografico delle crisi epilettiche.

Apnea ostruttiva del sonno. L'apnea ostruttiva del sonno può portare a comportamenti non distinguibili dal disturbo comportamentale del sonno REM. Il monitoraggio polisonnografico è necessario per distinguere i due disturbi. In questo caso, i sintomi regrediscono dopo il trattamento efficace dell'apnea ostruttiva del sonno e il sonno REM senza atonia non è presente nel monitoraggio polisonnografico.

Disturbo dissociativo con altra specificazione (disturbo dissociativo piscogeno correlato al sonno). A differenza di quasi tutte le altre parasonnie, che insorgono in modo improvviso dal sonno non-REM o dal sonno REM, i comportamenti dissociativi psicogeni insorgono da una chiara condizione di veglia durante il periodo di sonno. A differenza del disturbo comportamentale del sonno REM, questa condizione è maggiormente prevalente nelle giovani donne.

Simulazione. Molti casi di simulazione in cui l'individuo riferisce movimenti del sonno problematici imitano perfettamente le caratteristiche cliniche del disturbo comportamentale del sonno REM e la documentazione polisonnografica è obbligatoria.

Comorbilità

Il disturbo comportamentale del sonno REM è presente contemporaneamente in circa il 30% dei pazienti affetti da narcolessia. Quando questo disturbo si verifica nella narcolessia, i dati demografici riflettono la giovane fascia d'età della narcolessia, con uguale frequenza nei maschi e nelle femmine. Sulla base di evidenze negli individui che si presentano alle cliniche del sonno, la maggior parte degli individui (>50%) con un disturbo comportamentale del sonno REM inizialmente "idiopatico" svilupperà con il tempo una malattia neurodegenerativa, in particolare una delle sinucleinopatie (morbo di Parkinson, atrofia multisistemica, o disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy). Il disturbo comportamentale del sonno REM spesso precede di molti anni (in genere più di un decennio) qualsiasi altro segno di questi disturbi.

Relazione con la International Classification of Sleep Disorders

Il disturbo comportamentale del sonno REM è virtualmente identico al disturbo comportamentale del sonno REM nella seconda edizione della International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2).

Sindrome delle gambe senza riposo 333.94 (G25.81)

Criteri diagnostici

A. Bisogno di muovere le gambe, di solito accompagnato da, o in risposta a, sensazioni sgradevoli e spiacevoli alle gambe, caratterizzato da tutti i seguenti sintomi:
   1. Il bisogno di muovere le gambe inizia o peggiora durante periodi di riposo o di inattività.
   2. Il bisogno di muovere le gambe è parzialmente o totalmente alleviato dal movimento.
   3. Il bisogno di muovere le gambe è peggiore la sera o la notte rispetto al giorno, o si verifica solo di sera o di notte.

B. I sintomi del Criterio A si verificano almeno tre volte a settimana e persistono da almeno 3 mesi.

C. I sintomi del Criterio A sono accompagnati da disagio significativo o da compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo, scolastico, accademico, comportamentale o in altre aree importanti.

D. I sintomi del Criterio A non sono attribuibili a un altro disturbo mentale o a una condizione medica (per es., artrite, edema delle gambe, ischemia periferica, crampi alle gambe) e non sono meglio spiegati da una condizione comportamentale (per es., posizione scomoda, abituale tamburellamento dei piedi).

E. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza di abuso o di farmaci (per es., acatisia).

Caratteristiche diagnostiche

La sindrome delle gambe senza riposo (RLS) è un disturbo sensorimotorio neurologico caratterizzato da un desiderio di muovere le gambe o le braccia, associato a sensazioni di disagio tipicamente descritte come parestesie, irrequietezza, bruciore o prurito (Criterio A). La diagnosi di RLS si effettua principalmente sulla base dei dati riportati dai pazienti e sulla base della storia. I sintomi sono peggiori quando l'individuo è a riposo e i frequenti movimenti delle gambe si verificano nel tentativo di alleviare sensazioni sgradevoli. I sintomi sono peggiori di sera o di notte, e in alcuni individui si verificano solo di sera o di notte. Il peggioramento serale si verifica indipendentemente dalle differenti attività svolte. È importante differenziare la RLS da altre condizioni quali una posizione scomoda e i crampi alle gambe (Criterio D).

I sintomi della RLS possono ritardare l'inizio del sonno, risvegliare l'individuo dal sonno e sono associati a una significativa frammentazione del sonno. Nei casi gravi, il sollievo ottenuto muovendo le gambe può scomparire. La RLS è associata a sonnolenza diurna ed è spesso accompagnata da notevole disagio clinico o compromissione funzionale.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

I movimenti periodici delle gambe nel sonno (PLMS) possono servire come prova convalidante per la diagnosi di RLS quando le registrazioni vengono effettuate per più notti; fino al 90% degli individui con diagnosi di RLS mostra PLMS. I movimenti periodici delle gambe durante la veglia sono a sostegno della diagnosi di RLS. Difficoltà nell'iniziare e nel mantenere il sonno ed eccessiva sonnolenza diurna possono anche

supportare la diagnosi di RLS. Caratteristiche aggiuntive a sostegno della diagnosi comprendono una storia familiare di RLS tra i parenti di primo grado e una riduzione dei sintomi, almeno inizialmente, in seguito a un trattamento dopaminergico.

Prevalenza

I tassi di prevalenza della RLS sono molto variabili quando si utilizzano criteri ampi, ma variano tra il 2 e il 7,2% quando vengono impiegati criteri più definiti. Quando la frequenza dei sintomi è di almeno tre volte a settimana con distress moderato o grave, il tasso di prevalenza è dell'1,6%; quando la frequenza dei sintomi è di almeno una volta a settimana, il tasso di prevalenza è del 4,5%. Le femmine hanno una probabilità di avere la RLS 1,5-2 volte maggiore rispetto ai maschi. La RLS aumenta anche con l'età. La prevalenza della RLS può essere inferiore nelle popolazioni asiatiche.

Sviluppo e decorso

L'esordio della RLS si verifica tipicamente nella seconda o terza decade di vita. Circa il 40% degli individui con diagnosi di RLS nell'età adulta riferisce di aver lamentato i primi sintomi prima dei 20 anni e il 20% di essi riferisce di aver accusato i sintomi anche prima dei 10 anni. I tassi di prevalenza della RLS aumentano progressivamente con l'età fino ai 60 anni circa, con sintomi che rimangono stabili o diminuiscono lievemente nelle fasce di età più avanzata. Rispetto ai casi non-familiari, la RLS familiare di solito ha un'età di esordio più precoce e un decorso progressivo più lento. Il decorso clinico della RLS differisce in relazione all'età di esordio. Quando l'esordio si verifica prima dei 45 anni, vi è spesso una progressione lenta dei sintomi. Nella RLS a esordio tardivo, è tipica una rapida progressione e sono comuni i fattori aggravanti. I sintomi della RLS sembrano simili nel corso della vita, rimanendo stabili o diminuendo nelle fasce di età più avanzata.

La diagnosi di RLS nei bambini può essere difficile a causa della componente di autodescrizione dei sintomi. Mentre il Criterio A per gli adulti presuppone che la descrizione del "bisogno di muoversi" venga fatta dal paziente, la diagnosi pediatrica richiede una descrizione da parte del bambino con parole proprie, piuttosto che da parte di un genitore o di un caregiver. Tipicamente, i bambini di almeno 6 anni sono in grado di fornire una descrizione sufficiente e dettagliata della RLS. Tuttavia, i bambini raramente usano o comprendono la parola "bisogno", riferendo invece che le loro gambe "devono" o "necessitano di" muoversi. Inoltre, due terzi dei bambini e degli adolescenti riferiscono sintomi alle gambe durante il giorno, potenzialmente correlati ai periodi prolungati in posizione seduta durante le lezioni in classe. Così, per diagnosticare il Criterio A3, è importante confrontare un'uguale frazione temporale in cui i bambini sono seduti o in posizione supina di giorno o in posizione supina di sera o di notte. Il peggioramento notturno tende a persistere anche nel contesto della RLS pediatrica. Come per la RLS negli adulti, vi è un significativo impatto negativo sul sonno, sull'umore, sulla cognitività e sul funzionamento. La compromissione nei bambini e negli adolescenti si manifesta più spesso negli ambiti comportamentali e educativi.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. I fattori predisponenti comprendono il genere femminile, l'avanzamento dell'età, le variabili di rischio genetiche e la storia familiare di RLS. I fattori precipitanti sono spesso limitati nel tempo, come la carenza di ferro, con la

maggior parte degli individui che riprende i normali pattern del sonno dopo la scomparsa dell'evento scatenante iniziale. Anche le variabili di rischio genetiche giocano un ruolo nella RLS secondaria a disturbi quali l'uremia, a suggerire che gli individui con una predisposizione genetica sviluppano RLS in presenza di ulteriori fattori di rischio. La RLS ha una forte componente familiare.

Vi sono vie fisiopatologiche definite che sottendono la RLS. Studi di associazione genome-wide hanno dimostrato che la RLS è significativamente associata a comuni varianti genetiche in regioni introniche o intergeniche nei geni *MEIS1*, *BTBD9* e *MAP2K5* rispettivamente sui cromosomi 2p, 6p e 15q. L'associazione di queste tre varianti con la RLS è stata replicata in modo indipendente. *BTBD9* conferisce un elevato rischio (80%) quando anche un singolo allele è presente. A causa dell'alta frequenza di questa variante negli individui di origine europea, il rischio attribuibile nella popolazione (PAR) si avvicina al 50%. Alleli a rischio associati a *MEIS1* e *BTBD9* sono meno comuni nelle persone di origine africana o asiatica, forse suggerendo un minor rischio di RLS in queste popolazioni.

I meccanismi fisiopatologici della RLS includono anche disturbi del sistema dopaminergico centrale e i disturbi nel metabolismo del ferro. Anche il sistema endogeno degli oppiacei può essere coinvolto. Gli effetti del trattamento con farmaci dopaminergici (principalmente agonisti D_2 e D_3 non derivati dell'ergot) forniscono ulteriore supporto al fatto che la RLS si basa sulla disfunzione delle vie dopaminergiche centrali. Mentre è stato dimostrato che il trattamento efficace della RLS è in grado di ridurre in modo significativo i sintomi depressivi, gli antidepressivi serotoninergici possono indurre o aggravare la RLS in alcuni individui.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Sebbene la RLS sia maggiormente prevalente nelle femmine rispetto ai maschi, non vi sono differenze diagnostiche in base al genere. Tuttavia, la prevalenza di RLS durante la gravidanza è da due a tre volte superiore rispetto alla popolazione generale. La RLS associata alla gravidanza raggiunge il picco durante il terzo trimestre e migliora o scompare nella maggior parte dei casi subito dopo il parto. La differenza di genere nella prevalenza della RLS si spiega almeno in parte con il numero dei parti, avendo le femmine nullipare gli stessi rischi di essere affette dalla RLS dei maschi di pari età.

Marker diagnostici

La polisonnografia dimostra anomalie significative nella RLS, comunemente rappresentate da aumentata latenza del sonno e da più elevati indici di arousal. La polisonnografia con un precedente test di immobilizzazione può fornire un indicatore dei segni motori della RLS, che sono movimenti periodici degli arti, in condizioni standard di sonno e durante il riposo, potendo entrambe le situazioni provocare sintomi RLS.

Conseguenze funzionali della sindrome delle gambe senza riposo

Forme di RLS sufficientemente gravi tali da compromettere notevolmente il funzionamento o associate a disturbi mentali, compresi depressione e ansia, si verificano in circa il 2-3% della popolazione.

Sebbene l'impatto dei sintomi più lievi sia meno definito, gli individui con la RLS lamentano scompensi in almeno un'attività quotidiana; fino al 50% degli individui riferisce un impatto negativo sull'umore e fino al 47,6% degli individui riferisce una

mancanza di energia. Le conseguenze più comuni della RLS sono i disturbi del sonno, compresi riduzione del tempo di sonno, frammentazione del sonno e un malessere generale; depressione, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico e disturbo da stress post-traumatico; e compromissione della qualità della vita. La RLS può condurre a sonnolenza o astenia diurna ed è spesso accompagnata da disagio significativo o compromissione del funzionamento affettivo, sociale, professionale, educativo, scolastico, comportamentale o cognitivo.

Diagnosi differenziale

Le condizioni più importanti per la diagnosi differenziale di RLS sono i crampi alle gambe, disagio legato a posizioni scomode, artralgie/artriti, mialgia, ischemia posizionale (parestesie), edema delle gambe, neuropatia periferica, radicolopatia e il tamburellamento abituale dei piedi. Non sono caratteristiche della RLS la "contrattura" del muscolo (crampi), il sollievo indotto da un singolo cambiamento di posizione, le limitazioni articolari, il dolore alla palpazione (mialgia) o altre anomalie dell'esame obiettivo. A differenza della RLS, i crampi notturni alle gambe non si manifestano tipicamente con un desiderio di muovere gli arti né sono frequenti i movimenti degli arti. Condizioni meno comuni che vanno distinte dalla RLS comprendono l'acatisia indotta da neuroletti, la mielopatia, l'insufficienza venosa sintomatica, l'arteriopatia periferica, l'eczema, altri problemi ortopedici e l'irrequietezza indotta dall'ansia. Il peggioramento di notte e i movimenti periodici degli arti sono più comuni nella RLS che nella acatisia indotta da farmaci o nella neuropatia periferica.

Mentre è importante che i sintomi della RLS non vengano considerati esclusivamente come legati a un'altra condizione medica o comportamentale, andrebbe anche riconosciuto che una qualsiasi di queste condizioni simili può verificarsi in un individuo con RLS. Ciò richiede nel processo diagnostico e nella valutazione dell'incidenza del disturbo un'attenzione distinta per ogni possibile condizione. Nei casi in cui la diagnosi di RLS non è certa, può essere utile la valutazione delle caratteristiche di supporto della RLS, in particolare PLMS o una storia familiare di RLS possono essere di aiuto. Caratteristiche cliniche, come la risposta a un agente dopaminergico e una storia familiare positiva per la RLS, possono aiutare la diagnosi differenziale.

Comorbilità

Disturbi depressivi, disturbi d'ansia e disturbi attentivi sono frequentemente in comorbilità con la RLS e vengono discussi nella sezione "Conseguenze funzionali della sindrome delle gambe senza riposo". I principali disturbi clinici in comorbilità con la RLS sono le malattie cardiovascolari. Vi può essere un'associazione con numerosi altri disturbi, compresi ipertensione, narcolessia, emicrania, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, neuropatia periferica, apnea ostruttiva del sonno, diabete mellito, fibromialgia, osteoporosi, obesità, malattie della tiroide e cancro. Anche la carenza di ferro, la gravidanza e l'insufficienza renale cronica si manifestano in comorbilità con la RLS.

Relazione con la International Classification of Sleep Disorders

La seconda edizione dell'International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2) presenta criteri diagnostici per la RLS simili, ma non contiene un criterio che specifichi la frequenza o la durata dei sintomi.

Disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci

Criteri diagnostici

A. Una rilevante e grave alterazione del sonno.

B. Evidenza fondata sulla storia, sull'esame obiettivo o sui reperti di laboratorio dell'una 1) e dell'altra 2) condizione seguente:

1. I sintomi del Criterio A si sono sviluppati durante o subito dopo l'intossicazione da sostanza o dopo la sospensione di un farmaco o a causa dell'esposizione a un farmaco.
2. La sostanza/farmaco coinvolta è in grado di produrre i sintomi del Criterio A.

C. L'alterazione non può essere meglio spiegata con un disturbo del sonno non indotto da sostanze/farmaci. Le prove di un disturbo del sonno indipendente potrebbero comprendere quanto segue:

I sintomi precedono l'inizio dell'uso della sostanza/farmaco; i sintomi persistono per un considerevole periodo di tempo (per es., all'incirca un mese) dopo la cessazione di un'astinenza acuta o grave intossicazione; oppure vi è un'altra prova a suggerire l'esistenza di un indipendente disturbo del sonno non indotto da sostanze/farmaci (per es., una storia di episodi ricorrenti non correlati a sostanze/farmaci).

D. L'alterazione non si verifica esclusivamente durante il decorso di un delirium.

E. L'alterazione del sonno causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota: Questa diagnosi dovrebbe essere posta in luogo di una diagnosi di intossicazione o astinenza da una sostanza solo quando i sintomi del Criterio A predominano nel quadro clinico e sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica.

Nota di codifica: I codici ICD-9-CM e ICD-10-CM per i disturbi del sonno indotti da [specifica sostanza/farmaco] sono indicati nella tabella sottostante. Da notare che il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, in comorbilità un disturbo da uso di sostanze per la stessa classe di sostanze. Se vi è un disturbo da uso di sostanze lieve in comorbilità con il disturbo del sonno indotto da sostanze, il carattere in 4ª posizione è "1" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] lieve" prima del disturbo del sonno indotto da sostanze (per es., "disturbo da uso di cocaina lieve con disturbo del sonno indotto da cocaina"). Se vi è un disturbo da uso di sostanze moderato o grave in comorbilità con il disturbo del sonno indotto da sostanze, il carattere in 4ª posizione è "2" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] moderato" o "disturbo da uso di [sostanza] grave", a seconda della gravità del disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Se non vi è un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., dopo l'uso pesante della sostanza, avvenuto una sola volta), allora il carattere in 4ª posizione è "9" e il clinico dovrebbe registrare solo il disturbo del sonno indotto da sostanze. Per codificare un disturbo del sonno indotto da tabacco moderato o grave è richiesto un disturbo da uso di tabacco moderato o grave; non è possibile codificare la comorbilità con un disturbo da uso di tabacco lieve o con disturbo da uso di tabacco assente con disturbo del sonno indotto da tabacco.

Specificare quale:

Tipo insonnia: Caratterizzato dalla difficoltà di addormentarsi, di mantenere il sonno o da un senso di sonno non ristoratore.

Tipo sonnolenza diurna: Caratterizzato dalla lamentela predominante di sonnolenza/affaticamento eccessivi durante le ore di veglia o, meno comunemente, durante un lungo periodo di sonno.

Tipo parasonnia: Caratterizzato da eventi comportamentali anomali durante il sonno.

Tipo misto: Un problema del sonno indotto da sostanze caratterizzato da molteplici tipi di sintomi riguardanti il sonno, ma senza una chiara prevalenza sintomatologica.

Specificare se (si veda Tabella 1 nel capitolo "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction" per la diagnosi associata alla classe di sostanze):

Con esordio durante l'intossicazione: Questo specificatore dovrebbe essere usato se sono soddisfatti i criteri per l'intossicazione da sostanza/farmaco e per i sintomi sviluppati durante il periodo di intossicazione.

Con esordio durante la sospensione/astinenza: Questo specificatore dovrebbe essere usato se sono soddisfatti i criteri per la sospensione/astinenza dalla sostanza/farmaco e per i sintomi sviluppati durante, o subito dopo, la sospensione della sostanza/farmaco.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Con disturbo da uso, lieve	Con disturbo da uso, moderato o grave	Senza disturbo da uso
Alcol	291.82	F10.182	F10.282	F10.982
Caffeina	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Cannabis	292.85	F12.188	F12.288	F12.988
Oppiacei	292.85	F11.182	F11.282	F11.982
Sedativi, ipnotici o ansiolitici	292.85	F13.182	F13.282	F13.982
Amfetamina (o altri stimolanti)	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Cocaina	292.85	F14.182	F14.282	F14.982
Tabacco	292.85	NA	F17.208	NA
Altre (o sconosciute) sostanze	292.85	F19.182	F19.282	F19.982

Procedure di registrazione

ICD-9-CM. La denominazione del disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., cocaina, bupropione) che si presume sia la causa del disturbo. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che è basata sulle classi di droghe. Per le sostanze che non rientrano in nessuna delle classi (per es., bupropione), dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze"; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico, ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

La denominazione del disturbo è seguita dalla specificazione di esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante la sospensione/astinenza), seguita dalla dicitura del sottotipo (per es., tipo insonnia, tipo sonnolenza diurna, tipo parasonnia, tipo misto). A differenza delle procedure di registrazione dell'ICD-10-CM, che combinano il disturbo indotto da sostanze e il disturbo da uso di sostanze, per l'ICD-9-CM viene assegnato un codice diagnostico separato per il disturbo da uso di sostanze. Per

esempio, nel caso di insonnia che si verifica durante l'astinenza in un uomo con disturbo da uso di lorazepam grave, la diagnosi è 292.85 disturbo del sonno indotto da uso di lorazepam, con esordio durante l'astinenza, tipo insonnia. Viene attribuita una diagnosi aggiuntiva di 304.10 disturbo da uso di lorazepam grave. Quando si giudica che nello sviluppo dei disturbi del sonno più di una sostanza giochi un ruolo significativo, ciascun disturbo dovrebbe essere elencato separatamente (per es., disturbo del sonno indotto da alcol, con esordio durante l'intossicazione, tipo insonnia; 292.85 disturbo del sonno indotto da cocaina, con esordio durante l'intossicazione, tipo insonnia).

ICD-10-CM. La denominazione del disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., cocaina, bupropione) che si presume sia la causa del disturbo. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che è basata sulle classi di droghe. Per le sostanze che non rientrano in nessuna delle classi (per es., bupropione), dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze"; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico, ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

Quando si registra la denominazione del disturbo, il disturbo da uso di sostanze in comorbilità (se presente) viene elencato per primo, seguito dal termine *con*, seguito dalla denominazione del disturbo del sonno indotto da sostanze, seguita dalla specificazione dell'esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante la sospensione/astinenza), seguito dalla dicitura del sottotipo (per es., tipo insonnia, tipo sonnolenza diurna, tipo parasonnia, tipo misto). Per esempio, nel caso di insonnia che si verifica durante l'astinenza in un uomo con disturbo da uso di lorazepam grave, la diagnosi è F13.282 disturbo da uso di lorazepam grave, con disturbo del sonno indotto da lorazepam, con esordio durante l'astinenza, tipo insonnia. Non viene attribuita una diagnosi separata per il disturbo da uso di lorazepam grave in comorbilità. Se il disturbo del sonno indotto da sostanze si verifica senza un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., con uso di farmaci), non viene annotato nessun disturbo da uso di sostanze concomitante (per es., F19.982 disturbo del sonno indotto da bupropione, con esordio durante l'uso del farmaco, tipo insonnia). Quando si giudica che nello sviluppo del disturbo del sonno più di una sostanza giochi un ruolo significativo, ciascun disturbo dovrebbe essere elencato separatamente (per es., F10.282 disturbo da uso di alcol grave con disturbo del sonno indotto da alcol, con esordio durante l'intossicazione, tipo insonnia; F14.282 disturbo da uso di cocaina grave con disturbo del sonno indotto da cocaina, con esordio durante l'intossicazione, tipo insonnia).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci è un'alterazione rilevante del sonno, sufficientemente grave da giustificare un'attenzione clinica indipendente (Criterio A) e che si ritiene associata primariamente agli effetti farmacologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco, oppure l'esposizione a tossine) (Criterio B). A seconda della sostanza implicata viene riferito uno dei quattro tipi di disturbo del sonno. Il tipo insonnia e il tipo sonnolenza diurna sono i più comuni, mentre il tipo parasonnia si osserva meno frequentemente. Può essere osservato il tipo misto quando sia presente più di un sintomo correlato all'alterazione del sonno, e nessuno predomini. È necessario che l'alterazione non possa essere meglio spiegata con un altro disturbo del sonno (Criterio C). Un disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci è distinto da un disturbo da insonnia o da un disturbo associato a eccessiva

sonnolenza diurna considerandone l'esordio e il decorso. Per le sostanze di abuso, vi deve essere evidenza di intossicazione o astinenza, dalla storia, dall'esame obiettivo o dai reperti di laboratorio, di intossicazione o sospensione/astinenza. Il disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci insorge solo in associazione a stati di intossicazione o sospensione/astinenza, mentre altri disturbi del sonno possono precedere l'inizio dell'uso di sostanze o verificarsi in periodi di astinenza prolungata. Poiché gli stati di sospensione/astinenza per certe sostanze possono essere protratti, l'esordio della alterazione del sonno può verificarsi fino a 4 settimane dopo la cessazione dell'uso della sostanza e il disturbo può presentare caratteristiche atipiche di altri disturbi del sonno (per es., età di esordio o decorso atipici). La diagnosi non viene fatta se l'alterazione del sonno si verifica soltanto durante un delirium (Criterio D). I sintomi devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio E). Questa diagnosi dovrebbe essere fatta al posto di una diagnosi di intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze solo quando nel quadro clinico predominano i sintomi del Criterio A e quando i sintomi giustificano un'attenzione clinica indipendente.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Durante i periodi di uso, intossicazione o astinenza dalla sostanza/farmaco, gli individui spesso lamentano umore disforico, comprendente depressione e ansia, irritabilità, disturbi cognitivi, incapacità a concentrarsi e astenia.

Disturbi del sonno significativi e gravi possono verificarsi in associazione a intossicazione delle seguenti classi di sostanze: alcol; caffeina; cannabis; oppiacei; sedativi, ipnotici o ansiolitici; stimolanti (compresa la cocaina); e altre (o sconosciute) sostanze. Significativi e gravi disturbi del sonno possono verificarsi in associazione con l'astinenza dalle seguenti classi di sostanze: alcol; caffeina; cannabis; oppiacei; sedativi, ipnotici o ansiolitici; stimolanti (compresa la cocaina); tabacco; e altre (o sconosciute) sostanze. Alcuni farmaci che causano disturbi del sonno comprendono agonisti e antagonisti adrenergici, agonisti e antagonisti della dopamina, agonisti e antagonisti colinergici, agonisti e antagonisti serotoninergici, antistaminici e corticosteroidi.

Alcol. Il disturbo del sonno indotto da alcol si manifesta tipicamente come insonnia. Durante l'intossicazione acuta, l'alcol produce un effetto sedativo immediato a seconda della quantità, accompagnato da un incremento degli stadi 3 e 4 del sonno non-REM e da riduzione del sonno REM. A seguito di questi effetti iniziali, può verificarsi un aumento di vigilanza, sonno agitato, e sogni vividi e carichi d'ansia per il rimanente periodo di sonno. Parallelamente, gli stadi 3 e 4 del sonno sono ridotti, la vigilanza e il sonno REM sono aumentati. L'alcol può aggravare il disturbo del sonno correlato alla respirazione. A seguito di uso abituale, l'alcol continua a mostrare un effetto sedativo di breve durata per la prima parte della notte, seguito da interruzione della continuità del sonno nella seconda metà. Durante l'astinenza da alcol, la continuità del sonno viene estremamente interrotta ed è presente un aumento della quantità e dell'intensità del sonno REM, associati frequentemente a sogni vividi che, nei casi estremi, costituisce parte del delirium da astinenza da alcol. Dopo l'astinenza acuta gli individui che hanno fatto uso cronico di alcol possono continuare a lamentare sonno leggero e frammentato, per settimane o per anni, associato a un deficit persistente del sonno a onde lente.

Caffeina. Il disturbo del sonno indotto da caffeina produce insonnia con modalità dose-dipendente, con alcuni individui che manifestano sonnolenza diurna correlata all'astinenza.

Cannabis. La somministrazione acuta di cannabis può ridurre la latenza del sonno, sebbene possano anche verificarsi effetti attivanti con aumenti della latenza del sonno. La cannabis aumenta il sonno a onde lente e sopprime il sonno REM, dopo una somministrazione acuta. Nei consumatori cronici, si sviluppa una tolleranza verso gli effetti di induzione del sonno e di aumento del sonno a onde lente. In fase di astinenza, sono stati riferiti difficoltà del sonno e sogni spiacevoli della durata di diverse settimane. Gli studi polisonnografici dimostrano riduzione del sonno a onde lente e aumento del sonno REM nel corso di questa fase.

Oppiacei. Durante l'uso acuto e a breve termine, gli oppiacei possono produrre un aumento della sonnolenza e della soggettiva profondità del sonno, e riduzione del sonno REM. Con la somministrazione cronica, si sviluppa assuefazione agli effetti sedativi degli oppiacei e sono presenti sintomi di insonnia. Coerentemente con i loro effetti di depressione respiratoria, gli oppiacei aggravano l'apnea nel sonno.

Sedativi, ipnotici o ansiolitici. Sedativi, ipnotici e ansiolitici (per es., barbiturici, agonisti dei recettori delle benzodiazepine, meprobamato, glutetimide, metiprilone) hanno effetti simili a quelli degli oppiacei sul sonno. Durante l'intossicazione acuta, i farmaci sedativo-ipnotici producono l'atteso aumento della sonnolenza e diminuzione della vigilanza. L'uso cronico (in particolare quello di barbiturici, e dei più vecchi farmaci non-barbiturici e non-benzodiazepinici) può provocare assuefazione, con il conseguente ritorno dell'insonnia. Può verificarsi sonnolenza diurna. I farmaci sedativo-ipnotici possono aumentare la frequenza e la gravità degli episodi di apnea ostruttiva del sonno. Le parasonnie sono associate a uso di agonisti dei recettori delle benzodiazepine, specialmente quando questi farmaci vengono assunti a più alti dosaggi o in combinazione con altri agenti sedativi. L'interruzione improvvisa dell'uso cronico di sedativi, ipnotici o ansiolitici può portare ad astinenza ma più comunemente a un'insonnia rebound, una condizione di esacerbazione dell'insonnia che avviene dopo 1-2 giorni dalla sospensione di un farmaco, anche quando questo viene assunto per un periodo breve. I farmaci sedativo-ipnotici con breve durata d'azione producono più facilmente sintomi di insonnia da astinenza, mentre quelli con durata d'azione più lunga sono in genere associati a sonnolenza diurna. Qualsiasi farmaco sedativo, ipnotico o ansiolitico può potenzialmente causare sedazione diurna, astinenza o insonnia rebound.

Amfetamine e sostanze correlate e altri stimolanti. I disturbi del sonno indotti da amfetamine e sostanze correlate e altri stimolanti sono caratterizzati da insonnia durante l'intossicazione e da eccessiva sonnolenza durante l'astinenza. Durante l'intossicazione acuta, gli stimolanti riducono la quantità totale di sonno, aumentano la latenza del sonno, alterano la continuità del sonno e diminuiscono il sonno REM. Il sonno a onde lente tende a essere ridotto. Durante l'astinenza da uso cronico di stimolanti, sono presenti sia prolungamento del sonno notturno sia eccessiva sonnolenza diurna. Il test ripetuto di latenza del sonno può mostrare aumento della sonnolenza diurna durante la fase di astinenza. Farmaci come la 3,4-metilenediossimetamfetamina (MDMA, "ecstasy") e sostanze correlate portano a sonno agitato e disturbato entro 48 ore dall'assunzione; l'uso frequente di questi composti è associato a sintomi persistenti di ansia, depressione e disturbi del sonno, anche durante un'astinenza prolungata.

Tabacco. Il consumo cronico di tabacco è associato principalmente a sintomi di insonnia, diminuzione del sonno a onde lente con riduzione dell'efficienza del sonno e aumento della sonnolenza diurna. L'astinenza dal consumo di tabacco può portare alla compromissione del sonno. Gli individui che fumano in modo pesante possono presentare regolari risvegli notturni causati dal desiderio di tabacco.

Altre o sconosciute sostanze/farmaci. Altre sostanze/farmaci possono produrre alterazioni del sonno, in particolare i farmaci che coinvolgono il sistema nervoso centrale e autonomo (per es., agonisti e antagonisti adrenergici, agonisti e antagonisti della dopamina, agonisti e antagonisti colinergici, agonisti e antagonisti serotoninergici, antistaminici, corticosteroidi).

Sviluppo e decorso

L'insonnia nei bambini può essere identificata sia da un genitore sia dal bambino stesso. Spesso il bambino presenta un disturbo del sonno evidente in coincidenza con l'inizio di una terapia, ma può non riferirne i sintomi, anche se i genitori osservano i disturbi del sonno. L'uso di alcune sostanze illecite (per es., cannabis, ecstasy) è prevalente nell'adolescenza e nella prima età adulta. L'insonnia o qualsiasi altro disturbo del sonno incontrato in questa fascia di età dovrebbe indurre un'attenta considerazione per capire se il disturbo del sonno è dovuto al consumo di queste sostanze. La richiesta di assistenza per i disturbi del sonno in queste fasce di età è limitata e quindi i dati di conferma possono provenire da un genitore, da un caregiver o da un insegnante. Gli individui anziani assumono più farmaci e sono a maggior rischio di sviluppare un disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci. Essi possono interpretare il disturbo del sonno come parte del normale invecchiamento e non riuscire a riferire i sintomi. Gli individui con disturbo neurocognitivo maggiore (cioè demenza) sono a rischio per i disturbi del sonno indotti da sostanze/farmaci, ma possono non riferirne i sintomi, rendendo particolarmente importanti i dati riportati dal/dai caregiver.

Fattori di rischio e prognosi

I fattori di rischio e prognostici coinvolti nell'abuso/dipendenza da sostanze o nell'uso di farmaci sono la regola in alcune fasce d'età. Essi sono rilevanti per, e probabilmente applicabili a, il tipo di disturbo del sonno incontrato (si veda il capitolo "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction" per le descrizioni dei rispettivi disturbi da uso di sostanze).

Fattori temperamentali. L'uso di sostanze in genere precipita o accompagna l'insonnia in individui vulnerabili. Pertanto, la presenza di insonnia, in risposta allo stress o al cambiamento degli orari e dell'ambiente del sonno, può rappresentare un rischio per lo sviluppo di disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci. Un rischio simile può essere presente per gli individui con altri disturbi del sonno (per es., individui con ipersonnia che usano stimolanti).

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il consumo di sostanze, compresi farmaci prescritti, può dipendere in parte dal background culturale e da specifiche leggi locali sulle droghe.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Esistono specifiche prevalenze dei pattern di consumo di alcune sostanze (per es., alcol) correlate al genere (cioè le femmine sono più colpite dei maschi, con un rapporto di circa 2:1). La stessa quantità e la stessa durata di consumo di una data sostanza possono portare a esiti correlati al sonno molto diversi nei maschi e nelle femmine, dovuti, per esempio, a specifiche differenze di genere nel funzionamento epatico.

Marker diagnostici

Ciascuno dei disturbi del sonno indotti da sostanze/farmaci produce modelli elettroencefalografici di sonno che sono associati a, ma non possono essere considerati diagnostici di, altri disturbi. Il profilo elettroencefalografico del sonno di ogni sostanza è correlato al contesto d'uso, di assunzione/intossicazione, di uso cronico, di astinenza a seguito della sospensione dell'uso della sostanza. La polisonnografia registrata durante l'intera notte può aiutare a definire la gravità dei sintomi di insonnia, mentre il test ripetuto di latenza del sonno fornisce informazioni sulla gravità della sonnolenza diurna. Il monitoraggio della respirazione notturna e dei movimenti periodici degli arti mediante polisonnografia può verificare l'impatto di una sostanza sulla respirazione notturna e sul comportamento motorio. I diari del sonno per 2 settimane e l'actigrafia sono considerati utili per confermare la presenza del disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci. Lo screening del farmaco può essere utilizzato quando l'individuo non è consapevole o quando non vuole dare informazioni circa l'assunzione di sostanze.

Conseguenze funzionali del disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci

Mentre vi sono molte conseguenze funzionali associate ai disturbi del sonno, l'unica conseguenza del disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci è l'aumentato rischio di ricadute. Il grado di alterazione del sonno durante l'astinenza da alcol (per es., il rebound di sonno REM) predice il rischio di ricaduta nell'alcolismo). Il monitoraggio della qualità del sonno e della sonnolenza diurna durante e dopo i sintomi di astinenza può fornire informazioni rilevanti sulla possibilità che un individuo possa essere a maggior rischio di ricaduta.

Diagnosi differenziale

Intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze. Disturbi del sonno si incontrano comunemente nel contesto di intossicazione da sostanze o di sospensione/astinenza da sostanze. Una diagnosi di disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci dovrebbe essere fatta al posto di una diagnosi di intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze solo quando si ritiene che il disturbo del sonno sia predominante nel quadro clinico e sia sufficientemente grave da richiedere un'attenzione clinica indipendente.

Delirium. Se il disturbo del sonno indotto da sostanze si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium, non viene fatta una diagnosi a parte.

Altri disturbi del sonno. Un disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci si distingue da un altro disturbo del sonno se una sostanza/farmaco viene giudicata eziologicamente correlata ai sintomi. Un disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci attribuito a un farmaco prescritto per un disturbo mentale o per una condizione medica deve insorgere mentre l'individuo sta assumendo il farmaco o durante la sospensione, se c'è una sindrome da sospensione/astinenza associata al farmaco. Una volta terminato il trattamento, il disturbo del sonno di solito va incontro a remissione entro giorni o settimane. Se i sintomi persistono oltre le 4 settimane, dovrebbero essere considerate altre cause per i sintomi correlati al disturbo del sonno. Non infrequentemente gli individui con un altro disturbo del sonno fanno uso di farmaci o sostanze di abuso per automedicare i propri sintomi. Se si ritiene che la sostanza/farmaco gioca un ruolo significativo nell'esacerbazione del disturbo del sonno, può essere necessaria una diagnosi aggiuntiva di disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci.

Disturbo del sonno dovuto a un'altra condizione medica. Il disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci e il disturbo del sonno associato a un'altra condizione medica possono produrre sintomi simili di insonnia, sonnolenza diurna o una parasonnia. Molti individui con altre condizioni mediche che causano un disturbo del sonno sono trattati con farmaci che possono, a loro volta, provocare disturbi del sonno. La cronologia dei sintomi è il fattore più importante nel distinguere fra queste due cause di sintomi riguardanti il sonno. Difficoltà del sonno che abbiano preceduto chiaramente l'uso di un qualsiasi farmaco per il trattamento di una condizione medica dovrebbero suggerire una diagnosi di disturbo del sonno associato a un'altra condizione medica. Al contrario, sintomi riguardanti il sonno che compaiono solo dopo la somministrazione di un particolare farmaco/sostanza suggeriscono un disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci. Se il disturbo è in comorbilità con un'altra condizione medica ed è inoltre esacerbato dall'uso di sostanze, vengono effettuate entrambe le diagnosi (disturbo del sonno associato a un'altra condizione medica e disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci). Quando non vi sono evidenze sufficienti per stabilire se il disturbo del sonno è attribuibile a una sostanza/farmaco o a un'altra condizione medica o è primario (cioè non dovuto a una sostanza/farmaco o a un'altra condizione medica), si indica la diagnosi di disturbo del sonno-veglia con altra specificazione o di disturbo del sonno-veglia senza specificazione.

Comorbilità

Si vedano le sezioni "Comorbilità" degli altri disturbi del sonno in questo capitolo, che comprendono insonnia, ipersonnolenza, apnea centrale del sonno, ipoventilazione correlata al sonno e disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, tipo lavoro con turni.

Relazione con la International Classification of Sleep Disorders

La seconda edizione dell'International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2) elenca i disturbi del sonno "dovuti a droghe o a sostanze" nell'ambito dei rispettivi fenotipi (per es., insonnia, ipersonnia).

Disturbo da insonnia con altra specificazione 780.52 (G47.09)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo da insonnia, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per il disturbo da insonnia o per uno dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del sonno-veglia. La categoria disturbo da insonnia con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per il disturbo da insonnia o per uno specifico disturbo del sonno-veglia. Questo viene fatto registrando "disturbo da insonnia con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "disturbo da insonnia di breve durata").

Esempi di manifestazioni cliniche che possono essere specificate utilizzando la denominazione "con altra specificazione" sono i seguenti:

1. **Disturbo da insonnia di breve durata:** La durata è inferiore a 3 mesi.
2. **Limitato a sonno non ristoratore:** Il sintomo predominante è il sonno non ristoratore non accompagnato da altri sintomi del sonno quali la difficoltà nell'addormentarsi o nel restare addormentato.

Disturbo da insonnia senza specificazione 780.52 (G47.00)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo da insonnia, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per il disturbo da insonnia o per uno dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del sonno-veglia. La categoria disturbo da insonnia senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui i criteri per il disturbo da insonnia o per uno specifico disturbo del sonno-veglia non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbo da ipersonnolenza con altra specificazione 780.54 (G47.19)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo da ipersonnolenza, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per il disturbo da ipersonnolenza o per uno dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del sonno-veglia. La categoria disturbo da ipersonnolenza con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per il disturbo da ipersonnolenza o per uno specifico disturbo del sonno-veglia. Questo viene fatto registrando "disturbo da ipersonnolenza con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "ipersonnolenza di breve durata", come nella sindrome di Kleine-Levin).

Disturbo da ipersonnolenza senza specificazione 780.54 (G47.10)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo da ipersonnolenza, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per il disturbo da ipersonnolenza o per uno dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del sonno-veglia. La categoria disturbo da ipersonnolenza senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui i criteri per il disturbo da ipersonnolenza o per uno specifico disturbo del sonno-veglia non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbo del sonno-veglia con altra specificazione 780.59 (G47.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo del sonno-veglia, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo della classe diagnostica dei disturbi del sonno-veglia e non qualificano una diagnosi di disturbo da insonnia con altra specificazione o di disturbo da ipersonnolenza con altra specificazione. La categoria disturbo del sonno-veglia con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per uno specifico disturbo del sonno-veglia. Questo viene fatto registrando "disturbo del sonno-veglia con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "ripetuti arousal durante il sonno REM in assenza di polisonnografia o di una storia di morbo di Parkinson o di un'altra sinucleinopatia").

Disturbo del sonno-veglia senza specificazione 780.59 (G47.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo del sonno-veglia, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo della classe diagnostica dei disturbi del sonno-veglia e non qualificano una diagnosi di disturbo da insonnia con altra specificazione o di disturbo da ipersonnolenza con altra specificazione. La categoria disturbo del sonno-veglia senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo del sonno-veglia non vengono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disfunzioni sessuali

Le disfunzioni sessuali comprendono eiaculazione ritardata, disturbo erettile, disturbo dell'orgasmo femminile, disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile, disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione, disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile, eiaculazione precoce, disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci, disfunzione sessuale con altra specificazione e disfunzione sessuale senza specificazione. Le disfunzioni sessuali sono un gruppo eterogeneo di disturbi tipicamente caratterizzati da un'anomalia, clinicamente significativa, nella capacità di una persona di avere reazioni sessuali o di provare piacere sessuale. Un individuo può avere diverse disfunzioni sessuali contemporaneamente; in tal caso, tutte le disfunzioni dovrebbero essere diagnosticate.

Il giudizio clinico dovrebbe essere utilizzato per determinare se le difficoltà sessuali sono il risultato di un'inadeguata stimolazione sessuale; in questo caso, la cura può essere comunque necessaria, ma non dovrebbe essere posta una diagnosi di disfunzione sessuale. Questi casi possono comprendere, ma non sono limitati a, situazioni in cui la mancanza di conoscenze relative a un'efficace stimolazione impedisce di provare l'eccitazione o l'orgasmo.

Per identificare l'esordio della difficoltà vengono utilizzati alcuni sottotipi. In molti individui con disfunzioni sessuali, il tempo di esordio può indicare diverse eziologie e tipologie di intervento. *Permanente* si riferisce a un problema sessuale che è stato presente sin dalle prime esperienze sessuali, e *acquisita* si applica a disturbi sessuali che si sviluppano dopo un periodo di prestazioni sessuali relativamente normali. *Generalizzata* si riferisce a difficoltà sessuali che non sono limitate a determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner, e *situazionale* indica difficoltà sessuali che si verificano solo con alcuni tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Oltre ai sottotipi "permanente/acquisita" e "generalizzata/situazionale", durante la valutazione della disfunzione sessuale deve essere considerato un certo numero di fattori, dato che possono essere rilevanti per l'eziologia e/o il trattamento e possono contribuire, in misura diversa, a una valutazione trasversale agli individui: 1) fattori riguardanti il partner (per es., problemi sessuali del partner, stato di salute del partner); 2) fattori relazionali (per es., scarsa comunicazione, differenze nel desiderio di attività sessuale); 3) fattori di vulnerabilità individuale (per es., un'immagine corporea insoddisfacente, una storia di abuso sessuale o emotivo), comorbilità psichiatrica (per es., depressione, ansia) o fattori stressanti (per es., perdita del lavoro, lutto); 4) fattori culturali o religiosi (per es., inibizioni legate a divieti riguardanti l'attività sessuale o il

piacere; atteggiamenti verso la sessualità); e 5) fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento.

Il giudizio clinico volto alla diagnosi di disfunzione sessuale dovrebbe prendere in considerazione i fattori culturali che possono influenzare le aspettative o generare divieti riguardanti l'esperienza del piacere sessuale. L'invecchiamento può essere associato a una normale diminuzione della risposta sessuale.

La risposta sessuale è fondamentalmente biologica, ma è generalmente vissuta in un contesto intrapersonale, interpersonale e culturale. Pertanto, la funzione sessuale implica una complessa interazione tra fattori biologici, socioculturali e psicologici. In molti contesti clinici non si ha una precisa comprensione dell'eziologia di un problema sessuale. Tuttavia, una diagnosi di disfunzione sessuale richiede di escludere problemi che sono meglio spiegati da un disturbo mentale non sessuale, dagli effetti di una sostanza (per es., droga o farmaco), da una condizione medica (per es., dovuta al danneggiamento del nervo pelvico), oppure da un grave disagio relazionale, dalla violenza del partner o da altri fattori stressanti.

Se la disfunzione sessuale è spiegabile soprattutto per mezzo di un altro disturbo mentale non sessuale (per es., disturbo depressivo o bipolare, disturbo d'ansia, disturbo da stress post-traumatico, disturbo psicotico), allora dovrebbe essere posta solo la diagnosi di tale disturbo. Se si pensa che il problema sia meglio spiegato dall'uso/abuso o dalla sospensione di una droga o di un farmaco, dovrebbe essere diagnosticato conseguentemente come una disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci. Se la disfunzione sessuale è attribuibile a un'altra condizione medica (per es., neuropatia periferica), l'individuo non dovrebbe ricevere una diagnosi psichiatrica. Se le difficoltà sessuali sono meglio spiegate da un grave disagio relazionale, dalla violenza del partner o da significativi fattori stressanti, allora non viene posta una diagnosi di disfunzione sessuale, ma può essere elencato un appropriato codice V o Z per il problema relazionale o il fattore stressante. In molti casi, non può essere stabilita una precisa relazione eziologica tra una disfunzione sessuale e un'altra condizione (per es., una condizione medica).

Eiaculazione ritardata 302.74 (F52.32)

Criteri diagnostici

A. L'individuo deve riportare, in tutti o in quasi tutti (circa il 75-100%) i rapporti sessuali (in determinate circostanze situazionali o, se generalizzato, in ogni circostanza) e senza che il ritardo sia intenzionale, uno dei seguenti sintomi:

1. Un marcato ritardo nell'eiaculazione.
2. Marcata infrequenza o assenza di eiaculazione.

B. I sintomi del Criterio A si sono protratti come minimo per circa 6 mesi.

C. I sintomi del Criterio A causano nell'individuo un disagio clinicamente significativo.

D. La disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale o come conseguenza di un grave disagio relazionale o di altri significativi fattori stressanti e non è attribuibile agli effetti di una sostanza/farmaco o di un'altra condizione medica.

Specificare quale:

Permanente: Il disturbo è presente da quando l'individuo è diventato sessualmente attivo.

Acquisita: Il disturbo inizia dopo un periodo di funzionamento sessuale relativamente normale.

Specificare quale:

Generalizzata: Non è limitato a determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Situazionale: Si verifica solo con determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Evidenze di un lieve disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Moderata: Evidenze di un moderato disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Grave: Evidenze di un grave o estremo disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica distintiva dell'eiaculazione ritardata è un marcato ritardo o l'incapacità di raggiungere l'eiaculazione (Criterio A). L'uomo riferisce difficoltà o incapacità di eiaculare nonostante una stimolazione sessuale e un desiderio di eiaculare adeguati. In genere, i problemi riportati riguardano i rapporti sessuali. Nella maggior parte dei casi, la diagnosi sarà posta attraverso quanto riferito dall'individuo. La definizione di "ritardo" non ha confini precisi, in quanto vi è disaccordo su ciò che costituisce un tempo ragionevole per raggiungere l'orgasmo o su ciò che è considerato inaccettabilmente lungo dalla maggior parte degli uomini e dei loro partner sessuali.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'uomo e il partner possono riferire tentativi prolungati di raggiungere l'orgasmo fino ad arrivare allo sfinimento o all'accusare dolore ai genitali e sospendere così ogni tentativo. Alcuni uomini possono riferire di evitare l'attività sessuale a causa di una difficoltà costante a eiaculare. Alcune persone possono riferire di sentirsi meno attraenti sessualmente perché il partner non può eiaculare con facilità.

Oltre ai sottotipi "permanente/acquisita" e "generalizzata/situazionale", durante la valutazione e la diagnosi di eiaculazione ritardata devono essere considerati i seguenti cinque fattori, dato che possono essere rilevanti per l'eziologia e/o il trattamento: 1) fattori riguardanti il partner (per es., problemi sessuali del partner, stato di salute del partner); 2) fattori relazionali (per es., scarsa comunicazione, differenze nel desiderio di attività sessuale); 3) fattori di vulnerabilità individuale (per es., un'immagine corporea insoddisfacente, una storia di abuso sessuale o emotivo), comorbilità psichiatrica (per es., depressione, ansia) o fattori stressanti (per es., perdita del lavoro, lutto); 4) fattori culturali o religiosi (per es., inibizioni correlate a divieti riguardanti l'attività sessuale o il piacere; atteggiamenti verso la sessualità); e 5) fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento. Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi in maniera diversa in uomini diversi con questo disturbo.

Prevalenza

La prevalenza non è chiara a causa della mancanza di una definizione precisa di questa sindrome. È la meno comune fra le lamentele sessuali maschili. Solo il 75% degli uomini riferisce di eiaculare sempre durante l'attività sessuale e meno dell'1% degli uomini riferisce problemi nel raggiungere l'eiaculazione che si protraggono più di 6 mesi.

Sviluppo e decorso

L'eiaculazione ritardata permanente inizia con le prime esperienze sessuali e continua per tutta la vita. Per definizione, l'eiaculazione ritardata acquisita inizia dopo un perio-

do di funzionamento sessuale normale. Vi sono pochissimi dati sul decorso dell'eiaculazione ritardata acquisita. La prevalenza dell'eiaculazione ritardata sembra rimanere relativamente costante fino a circa i 50 anni, quando l'incidenza comincia ad aumentare in modo significativo. Uomini di 80 anni riferiscono il doppio di difficoltà a eiaculare rispetto a quelli di età inferiore ai 59 anni.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Il deterioramento correlato all'età dei nervi sensoriali periferici ad alta velocità di conduzione e la diminuzione senile della secrezione di steroidi sessuali correlata all'età possono essere associati all'aumento di eiaculazione ritardata negli uomini di età superiore ai 50 anni.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Lamentele di ritardo eiaculatorio variano tra paesi e culture. Tali lamentele sono più comuni tra gli uomini delle popolazioni asiatiche rispetto agli uomini che vivono in Europa, in Australia o negli Stati Uniti. Questa variazione può essere attribuibile a differenze culturali o genetiche tra le culture.

Conseguenze funzionali dell'eiaculazione ritardata

La difficoltà di eiaculazione può contribuire alle difficoltà di concepimento. L'eiaculazione ritardata è spesso associata a un notevole disagio psicologico in uno o entrambi i partner.

Diagnosi differenziale

Altra condizione medica. La principale diagnosi differenziale è tra l'eiaculazione ritardata pienamente spiegata da un'altra malattia organica o da una lesione e l'eiaculazione ritardata con un'eziologia psicogena, idiopatica o un'eziologia psicologica e medica combinate. Un aspetto situazionale della lamentela suggerisce una base psicologica per il problema (per es., gli uomini che possono eiaculare durante l'attività sessuale con un individuo di un sesso ma non con un individuo di un altro sesso; uomini che possono eiaculare con un partner, ma non con un altro dello stesso sesso; uomini con modalità di eccitazione parafiliche; uomini che richiedono un'attività altamente ritualizzata per eiaculare durante l'attività sessuale di coppia). Un'altra malattia organica o una lesione possono produrre ritardi nell'eiaculazione indipendenti da questioni psicologiche. Per esempio, l'incapacità di eiaculare può essere causata da un'interruzione della conduzione nervosa genitale, come può verificarsi dopo una lesione chirurgica dei gangli simpatici lombari, un intervento chirurgico addominoperitoneale o una simpaticotomia lombare. Si ritiene che l'eiaculazione sia sotto il controllo del sistema nervoso autonomo che coinvolge i nervi ipogastrico (simpatico) e pudendo (parasimpatico). Un certo numero di malattie neurodegenerative, come la sclerosi multipla e le neuropatie diabetica e alcolica, possono causare l'incapacità di eiaculare. L'eiaculazione ritardata dovrebbe essere differenziata dall'eiaculazione retrograda (cioè l'eiaculazione nella vescica), che può seguire la resezione transuretrale della prostata.

Uso di sostanze/farmaci. Un certo numero di agenti farmacologici, come antidepressivi, antipsicotici, simpaticomimetici alfa e oppiacei, possono causare problemi di eiaculazione.

Disfunzione con orgasmo. È importante nell'anamnesi accertare se la lamentela riguarda l'eiaculazione ritardata o la sensazione di orgasmo, o entrambi. L'eiaculazione si verifica a livello genitale, mentre l'esperienza dell'orgasmo è ritenuta essere principalmente soggettiva. L'eiaculazione e l'orgasmo di solito si verificano insieme, ma non sempre. Per esempio, un uomo con una normale modalità di eiaculazione può lamentare diminuzione del piacere (cioè eiaculazione anedonica). Tale lamentela non dovrebbe essere riportata come eiaculazione ritardata, ma piuttosto come disfunzione sessuale con altra specificazione o disfunzione sessuale senza specificazione.

Comorbilità

Alcune evidenze suggeriscono che l'eiaculazione ritardata può essere più comune nelle forme gravi di disturbo depressivo maggiore.

Disturbo erettile 302.72 (F52.21)

Criteri diagnostici

A. L'individuo deve riportare, in tutti o in quasi tutti (circa il 75-100%) i rapporti sessuali (in determinate circostanze situazionali o, se generalizzato, in ogni circostanza), uno dei seguenti sintomi:
   1. Marcata difficoltà di ottenere un'erezione durante l'attività sessuale.
   2. Marcata difficoltà nel mantenere l'erezione fino al completamento dell'attività sessuale.
   3. Marcata diminuzione della rigidità erettile.

B. I sintomi del Criterio A si sono protratti come minimo per circa 6 mesi.

C. I sintomi del Criterio A causano nell'individuo un disagio clinicamente significativo.

D. La disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale o come conseguenza di un grave disagio relazionale o di altri significativi fattori stressanti e non è attribuibile agli effetti di una sostanza/farmaco o di un'altra condizione medica.

Specificare quale:

Permanente: Il disturbo è presente da quando l'individuo è diventato sessualmente attivo.

Acquisita: Il disturbo inizia dopo un periodo di funzionamento sessuale relativamente normale.

Specificare quale:

Generalizzata: Non è limitato a determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Situazionale: Si verifica solo con determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Evidenze di un lieve disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Moderata: Evidenze di un moderato disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Grave: Evidenze di un grave o estremo disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo erettile è la ripetuta incapacità di ottenere o mantenere l'erezione durante i rapporti sessuali (Criterio A). È necessaria un'accurata

storia sessuale per accertare che il problema si sia manifestato per un periodo significativo di tempo (cioè almeno per circa 6 mesi) e si verifichi nella maggior parte delle occasioni sessuali (cioè almeno il 75% delle volte). I sintomi possono verificarsi solo in situazioni specifiche che includono determinati tipi di stimolazione o partner, o possono verificarsi in modo generalizzato in tutti i tipi di situazione, stimolazione o partner.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Molti uomini con disturbo erettile possono avere una bassa autostima, poca fiducia in se stessi e una riduzione del senso di mascolinità, e possono provare sentimenti depressivi. Possono verificarsi paura e/o evitamento di incontri sessuali futuri. Solitamente il partner ha una diminuzione del desiderio e dell'appagamento sessuale.

Oltre ai sottotipi "permanente/acquisita" e "generalizzata/situazionale", durante la valutazione e la diagnosi di disturbo erettile devono essere considerati i seguenti cinque fattori, dato che possono essere rilevanti per l'eziologia e/o il trattamento: 1) fattori riguardanti il partner (per es., problemi sessuali del partner, stato di salute del partner); 2) fattori relazionali (per es., scarsa comunicazione, differenze nel desiderio di attività sessuale); 3) fattori di vulnerabilità individuale (per es., un'immagine corporea insoddisfacente, una storia di abuso sessuale o emotivo), comorbilità psichiatrica (per es., depressione, ansia) o fattori stressanti (per es., perdita del lavoro, lutto); 4) fattori culturali o religiosi (per es., inibizioni correlate a divieti riguardanti l'attività sessuale o il piacere; atteggiamenti verso la sessualità); e 5) fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento. Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi in maniera diversa in uomini diversi con questo disturbo.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo erettile permanente rispetto a quello acquisito è sconosciuta. Vi è un forte aumento correlato all'età sia della prevalenza sia dell'incidenza dei problemi di erezione, in particolare dopo i 50 anni. Circa il 13-21% degli uomini di età compresa tra i 40 e gli 80 anni lamenta occasionali problemi di erezione. Circa il 2% degli uomini più giovani della fascia d'età compresa tra i 40 e i 50 anni lamenta frequenti problemi di erezione, mentre il 40-50% degli uomini di età superiore ai 60-70 anni può avere problemi significativi di erezione. Circa il 20% degli uomini teme di avere problemi di erezione durante la prima esperienza sessuale, mentre circa l'8% fa esperienza di problemi di erezione che ostacolano la penetrazione.

Sviluppo e decorso

Si è riscontrato che un'insufficienza erettile al primo approccio sessuale è correlata al rapporto sessuale con un partner sconosciuto, all'uso concomitante di droghe o alcol, al non voler avere un rapporto sessuale e al condizionamento del gruppo. Evidenze minime provano che la maggior parte di questi problemi si risolve spontaneamente senza l'intervento professionale, ma alcuni uomini possono continuare ad avere problemi episodici. Al contrario, il disturbo erettile acquisito è spesso associato a fattori biologici quali diabete e malattie cardiovascolari. È probabile che il disturbo erettile acquisito diventi persistente nella maggior parte degli uomini.

L'eziologia del disturbo erettile permanente è sconosciuta. L'osservazione clinica supporta l'associazione tra disturbo erettile permanente e fattori psicologici autolimitanti o che rispondono a interventi psicologici, mentre, come già detto, è più probabile che il disturbo erettile acquisito sia correlato a fattori biologici e diventi persistente. L'incidenza del disturbo erettile aumenta con l'età. Una minoranza di uomini con diagnosi di moderata insufficienza erettile può fare esperienza di remissione spontanea dei sintomi senza intervento medico. Il disagio associato al disturbo erettile è minore negli uomini più anziani che in quelli più giovani.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Tratti di personalità nevrotica possono essere associati a problemi di erezione negli studenti universitari e tratti di personalità sottomessa possono essere associati ai problemi di erezione negli uomini di 40 anni o più. L'*alessitimia* (cioè la presenza di deficit nell'elaborazione cognitiva delle emozioni) è comune negli uomini con diagnosi di disfunzione erettile "psicogena". Problemi di erezione sono comuni negli uomini con diagnosi di depressione e disturbo da stress post-traumatico.

Modificatori del decorso. Fattori di rischio per il disturbo erettile acquisito comprendono l'età, il tabagismo, la mancanza di esercizio fisico, il diabete e la riduzione del desiderio sessuale.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Si è riscontrato che le lamentele di disturbo erettile variano in base al paese di provenienza. Non è chiaro in che misura tali differenze rappresentino differenze nelle aspettative culturali piuttosto che reali differenze nella frequenza dell'insufficienza erettile.

Marker diagnostici

La verifica della tumescenza notturna del pene e la misurazione del turgore erettile durante il sonno possono essere impiegati per aiutare a differenziare i problemi di erezione di origine organica da quelli psicogeni, partendo dal presupposto che adeguate erezioni durante il sonno REM indicano un'eziologia psicologica del problema. Un certo numero di altre procedure diagnostiche possono essere impiegate a seconda della valutazione della loro rilevanza che il clinico fa considerati l'età dell'individuo, i problemi medici in comorbilità e la manifestazione clinica. Per valutare l'integrità vascolare possono essere utilizzate l'ultrasonografia Doppler e l'iniezione intravascolare di farmaci vasoattivi, nonché procedure diagnostiche invasive come la cavernosografia tramite infusione dinamica. Possono essere impiegati gli studi sulla conduzione del nervo pudendo, compresi i potenziali evocati somatosensoriali, quando c'è il sospetto di una neuropatia periferica. Negli uomini che lamentano anche un diminuito desiderio sessuale, viene di frequente valutata la concentrazione ematica del testosterone libero o biodisponibile per determinare se la difficoltà è secondaria a fattori endocrini. Può essere valutata anche la funzionalità tiroidea. La determinazione della glicemia a digiuno è utile nello screening per la presenza di diabete mellito. La valutazione dei lipidi ematici è importante, dal momento che il disturbo erettile è predittivo del rischio di una futura malattia coronarica negli uomini che superano i 40 anni di età.

Conseguenze funzionali del disturbo erettile

Il disturbo erettile può interferire con la fertilità e causare disagio individuale e interpersonale. La paura e/o l'evitamento di rapporti sessuali possono interferire con la capacità di sviluppare relazioni intime.

Diagnosi differenziale

Disturbi mentali non sessuali. Disturbo depressivo maggiore e disturbo erettile sono strettamente associati e il disturbo erettile può accompagnare un disturbo depressivo grave.

Funzione erettile normale. La diagnosi differenziale dovrebbe comprendere la considerazione di una normale funzione erettile in uomini con aspettative eccessive.

Uso di sostanze/farmaci. Un'altra importante diagnosi differenziale si ha quando il problema di erezione è secondario all'uso di sostanze/farmaci. Un esordio che coincide con l'inizio di uso di sostanze/farmaci e che scompare con la sospensione o la riduzione delle dosi di sostanze/farmaci è indicativo di una disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci.

Altra condizione medica. L'aspetto più difficile della diagnosi differenziale del disturbo erettile è escludere problemi di erezione che sono pienamente spiegati da fattori organici. Tali casi non dovrebbero ricevere una diagnosi di disturbo mentale. Solitamente, non è chiara la distinzione tra disturbo erettile come disturbo mentale e disfunzione erettile come risultato di un'altra condizione medica, e molti casi presentano complesse e interagenti eziologie biologiche e psichiatriche. Se l'individuo ha più di 40-50 anni e/o ha problemi medici concomitanti, la diagnosi differenziale dovrebbe comprendere una possibile eziologia organica, in particolare una malattia vascolare. La presenza di una malattia organica nota per causare problemi di erezione non conferma una relazione causale. Per esempio, un uomo con diabete mellito può sviluppare un disturbo erettile in risposta a stress psicologico. In generale, la disfunzione erettile causata da fattori biologici è generalizzata e graduale all'esordio. Un'eccezione potrebbero essere i problemi di erezione secondari alla lesione traumatica dell'innervazione degli organi genitali (per es., lesioni del midollo spinale). I problemi di erezione situazionali e incoerenti, con un esordio acuto dopo un evento di vita stressante, sono più spesso dovuti a eventi psicologici. Anche un'età inferiore ai 40 anni è indicativa di un'eziologia psicologica del problema.

Altre disfunzioni sessuali. Il disturbo erettile può coesistere con l'eiaculazione precoce e il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile.

Comorbilità

Il disturbo erettile può essere in comorbilità con altre disfunzioni sessuali, come l'eiaculazione precoce e il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile, così come con i disturbi d'ansia e depressivi. Il disturbo erettile è comune negli uomini con sintomi delle basse vie urinarie correlati a ipertrofia prostatica. Il disturbo erettile può essere in comorbilità con dislipidemia, malattie cardiovascolari, ipogonadismo, sclerosi multipla, diabete mellito e altre malattie che interferiscono con le funzioni vascolare, neurologica o endocrina necessarie per una normale funzione erettile.

Relazione con la International Classification of Diseases

La risposta erettile è codificata come insufficienza della risposta genitale nell'ICD-10 (F2.2).

Disturbo dell'orgasmo femminile 302.73 (F52.31)

Criteri diagnostici

A. Deve essere provato, in tutti o quasi tutti (circa 75-100%) i rapporti sessuali (in determinate circostanze situazionali o, se generalizzato, in ogni circostanza), uno dei seguenti sintomi:

1. Marcato ritardo, marcata infrequenza o assenza di orgasmo.
2. Intensità delle sensazioni orgasmiche marcatamente ridotta.

B. I sintomi del Criterio A si sono protratti come minimo per circa 6 mesi.

C. I sintomi del Criterio A causano nell'individuo un disagio clinicamente significativo.

D. La disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale o come conseguenza di un grave disagio relazionale (per es., violenza del partner) o di altri significativi fattori stressanti e non è attribuibile agli effetti di una sostanza/farmaco o di un'altra condizione medica.

Specificare quale:

Permanente: Il disturbo è presente da quando l'individuo è diventato sessualmente attivo.

Acquisita: Il disturbo inizia dopo un periodo di funzionamento sessuale relativamente normale.

Specificare quale:

Generalizzata: Non è limitato a determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Situazionale: Si verifica solo con determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Specificare se:

Non ha mai avuto un orgasmo in nessuna situazione.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Evidenze di un lieve disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Moderata: Evidenze di un moderato disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Grave: Evidenze di un grave o estremo disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo dell'orgasmo femminile è caratterizzato da difficoltà nel raggiungere l'orgasmo e/o da una marcata riduzione dell'intensità delle sensazioni orgasmiche (Criterio A). Le donne mostrano un'ampia variabilità nel tipo o nell'intensità di stimolazione che provoca l'orgasmo. Allo stesso modo, le descrizioni soggettive di orgasmo sono estremamente varie, suggerendo che viene sperimentato in molti modi differenti, sia tra donne diverse sia dalla stessa donna in occasioni differenti. Per una diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile, i sintomi devono essere provati in quasi tutte o tutte (circa il 75-100%) le occasioni di attività sessuale (in determinate circostanze situazionali o, se generalizzato, in ogni circostanza) e hanno una durata minima di circa 6 mesi. L'uso dei criteri di gravità e durata minime è finalizzato a distinguere delle difficoltà transitorie da una disfunzione orgasmica più insistente. L'inclusione dell'avverbio "circa" nel Criterio B consente di formulare un giudizio clinico nei casi in cui la durata dei sintomi non raggiunga la soglia raccomandata di 6 mesi.

Affinché una donna riceva la diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile, i sintomi devono essere accompagnati da un disagio clinicamente significativo (Criterio C). In

molti casi di problemi di orgasmo, le cause sono multifattoriali o non possono essere determinate. Se si ritiene che il disturbo dell'orgasmo femminile sia meglio spiegato da un altro disturbo mentale, dagli effetti di una sostanza/farmaco o da una condizione medica, non dovrebbe essere posta una diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile. Infine, se sono presenti significativi fattori interpersonali o contestuali, come un grave disagio relazionale, violenza intima del partner o altri significativi fattori stressanti, non dovrebbe essere posta la diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile.

Molte donne hanno bisogno della stimolazione del clitoride per raggiungere l'orgasmo e una relativamente piccola percentuale di donne riferisce di provare sempre l'orgasmo durante il rapporto genitale. Così, se una donna prova l'orgasmo attraverso la stimolazione del clitoride, ma non durante il rapporto sessuale, non soddisfa i criteri per una diagnosi clinica di disturbo dell'orgasmo femminile. È anche importante verificare se le difficoltà orgasmiche sono il risultato di una stimolazione sessuale inadeguata; in questi casi, una cura può essere comunque necessaria, ma non dovrebbe essere posta una diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

In generale, non è stata dimostrata l'associazione tra la disfunzione orgasmica e specifici pattern di personalità o psicopatologia. Alcune donne con disturbo dell'orgasmo femminile possono avere maggiori difficoltà a parlare di questioni sessuali rispetto alle donne senza il disturbo. Tuttavia, la soddisfazione sessuale nel suo complesso non è strettamente legata al raggiungimento dell'orgasmo. Molte donne riferiscono alti livelli di soddisfazione sessuale, nonostante non abbiano mai raggiunto l'orgasmo o l'abbiano raggiunto raramente. Nelle donne, le difficoltà orgasmiche spesso coesistono con problemi correlati a interesse ed eccitazione sessuale.

Oltre ai sottotipi "permanente/acquisita" e "generalizzata/situazionale", durante la valutazione e la diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile devono essere considerati i seguenti cinque fattori, dato che possono essere rilevanti per l'eziologia e/o il trattamento: 1) fattori riguardanti il partner (per es., problemi sessuali del partner, stato di salute del partner); 2) fattori relazionali (per es., scarsa comunicazione, differenze nel desiderio di attività sessuale); 3) fattori di vulnerabilità individuale (per es., un'immagine corporea insoddisfacente, una storia di abuso sessuale o emotivo), comorbilità psichiatrica (per es., depressione, ansia) o fattori stressanti (per es., perdita del lavoro, lutto); 4) fattori culturali o religiosi (per es., inibizioni correlate a divieti riguardanti l'attività sessuale o il piacere; atteggiamenti verso la sessualità); e 5) fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento. Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi in maniera diversa in donne diverse con questo disturbo.

Prevalenza

I tassi di prevalenza riportati per il disturbo dell'orgasmo femminile nelle donne variano notevolmente, dal 10 al 42%, a seconda di molteplici fattori (per es., età, cultura, durata e gravità dei sintomi), tuttavia queste stime non tengono conto della presenza del disagio. Solo una percentuale di donne che prova difficoltà di orgasmo riferisce anche un disagio associato. Anche la variabilità nel modo in cui sono valutati i sintomi (per es., la durata dei sintomi e il periodo di riferimento) può influenzare i tassi di prevalenza. Circa il 10% delle donne non raggiunge mai l'orgasmo nel corso della vita.

Sviluppo e decorso

Per definizione, il disturbo dell'orgasmo femminile permanente indica che le difficoltà orgasmiche sono sempre state presenti, mentre il sottotipo acquisito dovrebbe essere assegnato se le difficoltà orgasmiche della donna sono insorte dopo un periodo di funzione orgasmica normale.

Nella donna, la prima esperienza di orgasmo può verificarsi in qualsiasi momento dal periodo prepuberale all'età adulta. Le donne mostrano una maggiore variabilità dell'età del primo orgasmo rispetto agli uomini e riferiscono che l'esperienza dell'orgasmo aumenta con l'età. Molte donne imparano a raggiungere l'orgasmo dal momento che fanno esperienza di una grande varietà di stimolazioni e acquistano una maggiore confidenza riguardo al proprio corpo. La valutazione fornita dalle donne dell'intensità dell'orgasmo (definita come il raggiungimento dell'orgasmo "spesso o sempre") è più alta durante la masturbazione rispetto all'attività sessuale con un partner.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Una vasta gamma di fattori psicologici, come l'ansia e le preoccupazioni riguardanti la gravidanza, sono potenzialmente in grado di interferire con la capacità di una donna di provare l'orgasmo.

Fattori ambientali. Nelle donne vi è una forte associazione tra i problemi relazionali, la salute fisica e mentale e le difficoltà di orgasmo. Anche i fattori socioculturali (per es., le aspettative di genere riguardanti il ruolo della donna e i precetti religiosi) hanno un'influenza notevole sull'esperienza di difficoltà orgasmiche.

Fattori genetici e fisiologici. Molti fattori fisiologici, comprese le condizioni mediche e i farmaci, possono influenzare l'esperienza dell'orgasmo di una donna. Condizioni come la sclerosi multipla, i danni ai nervi pelvici da isterectomia radicale e le lesioni del midollo spinale possono influenzare il funzionamento dell'orgasmo nelle donne. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina sono noti per ritardare o inibire l'orgasmo nelle donne. Le donne con atrofia vulvo-vaginale (caratterizzata da sintomi quali secchezza vaginale, prurito e dolore) hanno una probabilità significativamente maggiore di riferire difficoltà nell'orgasmo rispetto alle donne senza questa condizione. Lo stato di menopausa non è necessariamente associato al rischio di difficoltà di orgasmo. Ci può essere un significativo contributo genetico alla variazione nella funzione orgasmica femminile. Tuttavia, i fattori psicologici, socioculturali e fisiologici probabilmente interagiscono in modo complesso nell'influenzare l'esperienza dell'orgasmo delle donne e le difficoltà di orgasmo.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il grado in cui la mancanza di orgasmo nelle donne è considerato un problema tale da richiedere un trattamento può variare a seconda del contesto culturale. In aggiunta, le donne differiscono su quanto l'orgasmo sia importante per la loro soddisfazione sessuale. Ci possono essere marcate differenze socioculturali e generazionali nella capacità orgasmica delle donne. Per esempio, la prevalenza di incapacità di raggiungere l'orgasmo oscilla dal 17,7% (nel Nord Europa) al 42,2% (nel Sudest asiatico).

Marker diagnostici

Anche se durante l'orgasmo femminile si verificano cambiamenti fisiologici misurabili, compresi cambiamenti degli ormoni, della muscolatura del pavimento pelvico e dell'attivazione cerebrale, vi è una significativa variabilità di questi indicatori dell'orgasmo tra le donne. In ambito clinico, la diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile si basa sui dati riferiti dalla donna.

Conseguenze funzionali del disturbo dell'orgasmo femminile

Le conseguenze funzionali del disturbo dell'orgasmo femminile non sono chiare. Anche se nelle donne vi è una forte associazione tra problemi relazionali e difficoltà orgasmiche, non è chiaro se i fattori relazionali sono fattori di rischio per le difficoltà orgasmiche o sono conseguenze di tali difficoltà.

Diagnosi differenziale

Disturbi mentali non sessuali. Disturbi mentali non sessuali, come il disturbo depressivo maggiore, che è caratterizzato da una "marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività", possono spiegare il disturbo dell'orgasmo femminile. Se le difficoltà orgasmiche sono meglio spiegate da un altro disturbo mentale, non dovrebbe essere posta una diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile.

Disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci. L'uso di sostanze/farmaci può spiegare le difficoltà orgasmiche.

Altra condizione medica. Se il disturbo è dovuto a un'altra condizione medica (per es., sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale), non dovrebbe essere posta una diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile.

Fattori interpersonali. Se significativi fattori interpersonali o contestuali, come un grave disagio relazionale, violenza intima del partner o altri significativi fattori stressanti, sono associati alle difficoltà orgasmiche, non dovrebbe essere posta una diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile.

Altre disfunzioni sessuali. Il disturbo dell'orgasmo femminile può verificarsi in associazione ad altre disfunzioni sessuali (per es., il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile). La presenza di un'altra disfunzione sessuale non esclude una diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile. Difficoltà orgasmiche occasionali, che sono di breve durata o poco frequenti e non sono accompagnate da un disagio o da compromissione clinicamente significativi, non vengono diagnosticate come disturbo dell'orgasmo femminile. Tale diagnosi non è appropriata anche se i problemi sono il risultato di un'inadeguata stimolazione sessuale.

Comorbilità

Nelle donne con disturbo dell'orgasmo femminile possono esserci delle concomitanti difficoltà di desiderio/eccitazione sessuale. Donne con diagnosi di altri disturbi mentali non sessuali, come il disturbo depressivo maggiore, possono provare minore desiderio/eccitazione sessuale e questo può indirettamente aumentare la probabilità di difficoltà orgasmiche.

Disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile 302.72 (F52.22)

Criteri diagnostici

A. Mancanza, o significativa riduzione, di desiderio/eccitazione sessuale, come manifestato da almeno tre dei seguenti problemi:

1. Assente/ridotto interesse per l'attività sessuale.
2. Assenti/ridotti pensieri o fantasie sessuali/erotici.
3. Assente/ridotta iniziativa nel rapporto sessuale e generale rifiuto delle iniziative del partner.
4. Assenza/riduzione dell'eccitazione/piacere durante l'attività sessuale in tutti o quasi tutti (circa il 75-100%) i rapporti sessuali (in determinate circostanze situazionali o, se generalizzato, in ogni circostanza).
5. Assenza/riduzione del desiderio/eccitazione sessuale in risposta a possibili stimoli sessuali/erotici interni o esterni (per es., scritti, verbali, visivi).
6. Assenti/ridotte sensazioni genitali o non genitali durante l'attività sessuale in tutti o quasi tutti (circa il 75-100%) i rapporti sessuali (in determinate circostanze situazionali o, se generalizzato, in ogni circostanza).

B. I sintomi del Criterio A si sono protratti come minimo per circa 6 mesi.

C. I sintomi del Criterio A causano nell'individuo un disagio clinicamente significativo.

D. La disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale o come conseguenza di un grave disagio relazionale (per es., violenza del partner) o di altri significativi fattori stressanti e non è attribuibile agli effetti di una sostanza/farmaco o di un'altra condizione medica.

Specificare quale:

Permanente: Il disturbo è presente da quando l'individuo è diventato sessualmente attivo.

Acquisita: Il disturbo inizia dopo un periodo di funzionamento sessuale relativamente normale.

Specificare quale:

Generalizzata: Non è limitato a determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Situazionale: Si verifica solo con determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Evidenze di un lieve disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Moderata: Evidenze di un moderato disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Grave: Evidenze di un grave o estremo disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Caratteristiche diagnostiche

Nel valutare il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile si deve tenere conto del contesto interpersonale. Una "differenza di desiderio", in cui la donna ha un minore desiderio di attività sessuale rispetto al partner, non è sufficiente per diagnosticare il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile. Perché vengano soddisfatti i criteri per il disturbo, deve esserci assenza o ridotta frequenza/intensità di almeno tre dei sei indicatori (Criterio A) per una durata minima di circa 6 mesi (Criterio B). Tra le donne possono esserci diversi insiemi di sintomi, così come può essere variabile il modo di esprimere l'interesse e l'eccitazione sessuale. Per esempio, in una donna il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione ses-

suale femminile può essere espresso attraverso la mancanza di interesse per l'attività sessuale, l'assenza di pensieri erotici o sessuali e la riluttanza a intraprendere l'attività sessuale e a rispondere agli approcci sessuali del partner. In un'altra donna le caratteristiche primarie possono essere l'incapacità di eccitarsi sessualmente, di rispondere agli stimoli sessuali con il desiderio sessuale e una corrispondente mancanza di segni fisici di eccitazione sessuale. Poiché il desiderio e l'eccitazione sessuali frequentemente coesistono e sono provocati da adeguati stimoli sessuali, i criteri per il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile devono tenere conto che le difficoltà nel desiderio e nell'eccitazione spesso caratterizzano contemporaneamente le lamentele delle donne con questo disturbo. Cambiamenti di breve durata nei tassi di desiderio o eccitazione sessuale sono comuni e possono essere risposte adattive agli eventi nella vita di una donna e non rappresentano una disfunzione sessuale. La diagnosi di disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile richiede che i sintomi durino almeno da circa 6 mesi per dimostrare che i sintomi devono essere un problema persistente. La stima della persistenza può essere determinata attraverso un giudizio clinico quando la durata di 6 mesi non può essere accertata con precisione.

Ci può essere un'assente o ridotta frequenza o intensità di interesse per l'attività sessuale (Criterio A1), che in precedenza era definita disturbo da desiderio sessuale ipoattivo. La frequenza o l'intensità di pensieri o fantasie sessuali ed erotiche può essere assente o ridotta (Criterio A2). L'espressione delle fantasie varia ampiamente da donna a donna e può comprendere ricordi di esperienze sessuali passate. Nel valutare questo criterio si dovrebbe tener conto della normale diminuzione dei pensieri sessuali con l'avanzare dell'età. L'assenza o la ridotta frequenza dell'iniziativa nell'attività sessuale e della ricettività agli approcci sessuali del partner (Criterio A3) costituiscono un criterio comportamentale centrale. Le convinzioni e le preferenze della coppia sulle modalità di inizio dell'attività sessuale sono altamente rilevanti per la valutazione di questo criterio. L'eccitazione o il piacere sessuale possono essere assenti o ridotti durante l'attività sessuale in tutti o quasi tutti (circa il 75-100%) i rapporti sessuali (Criterio A4). Nelle donne con scarso desiderio è comune la manifestazione clinica di mancanza di piacere. Per le donne che riferiscono un calo del desiderio sessuale, ci sono meno stimoli sessuali o erotici in grado di provocare interesse o eccitazione sessuale (cioè c'è una mancanza di "desiderio reattivo"). La valutazione dell'adeguatezza degli stimoli sessuali aiuterà a determinare se vi è una difficoltà con il desiderio sessuale reattivo (Criterio A5). La frequenza o l'intensità delle sensazioni genitali o non genitali durante l'attività sessuale possono essere ridotte o assenti (Criterio A6). Questo può comprendere ridotta lubrificazione/vasocongestione vaginale, ma poiché i criteri fisiologici della risposta sessuale genitale non consentono di differenziare le donne che riferiscono interesse verso l'eccitazione sessuale dalle donne che non lo riferiscono, sono sufficienti i dati da loro riportati di ridotte o assenti sensazioni genitali o non genitali.

Perché venga posta una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile, un disagio clinicamente significativo deve accompagnare i sintomi del Criterio A. Tale disagio può essere provato come conseguenza della mancanza di desiderio/eccitazione sessuale o come conseguenza di una significativa interferenza nella vita e nel benessere della donna. Se una permanente mancanza di desiderio sessuale viene meglio spiegata dall'identificazione di sé come "asessuata", non dovrebbe essere posta una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile è frequentemente associato a problemi nel provare l'orgasmo, a dolore provato durante l'attività sessuale, ad attività sessuale poco frequente e a differenze di desiderio a livello di coppia. Caratteristiche spesso associate al disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile sono anche le difficoltà relazionali e alterazioni dell'umore. Nelle donne con diagnosi di disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile possono essere evidenti anche credenze e aspettative irrealistiche che riguardano l'"adeguato" livello di desiderio o eccitazione sessuale, oltre a tecniche sessuali inefficaci e mancanza di informazioni sulla sessualità. Questi ultimi sono fattori importanti da considerare, oltre alle convinzioni comunemente diffuse sui ruoli di genere.

Oltre ai sottotipi "permanente/acquisita" e "generalizzata/situazionale", durante la valutazione e la diagnosi di disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile devono essere considerati i seguenti cinque fattori, dato che possono essere rilevanti per l'eziologia e/o il trattamento: 1) fattori riguardanti il partner (per es., problemi sessuali del partner, stato di salute del partner); 2) fattori relazionali (per es., scarsa comunicazione, differenze nel desiderio di attività sessuale); 3) fattori di vulnerabilità individuale (per es., un'immagine corporea insoddisfacente, una storia di abuso sessuale o emotivo), comorbilità psichiatrica (per es., depressione, ansia) o fattori stressanti (per es., perdita del lavoro, lutto); 4) fattori culturali o religiosi (per es., inibizioni correlate a divieti riguardanti l'attività sessuale o il piacere; atteggiamenti verso la sessualità); e 5) fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento. Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi in maniera diversa in donne diverse con questo disturbo.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile, come definito in questo manuale, è sconosciuta. La prevalenza di calo del desiderio sessuale e di problemi di eccitazione sessuale (con o senza disagio associato), come definiti dal DSM-IV o dall'ICD-10, può variare significativamente in relazione all'età, all'ambiente culturale, alla durata dei sintomi e alla presenza di disagio. Riguardo alla durata dei sintomi, ci sono differenze notevoli nelle stime di prevalenza tra i problemi di breve durata e quelli persistenti correlati alla mancanza di interesse sessuale. Quando è richiesta la presenza di disagio relativo al funzionamento sessuale, le stime di prevalenza sono marcatamente inferiori. Alcune donne più anziane riferiscono di provare meno disagio, rispetto a donne più giovani, per il calo del desiderio sessuale, sebbene questo possa diminuire con l'età.

Sviluppo e decorso

Per definizione, il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile permanente implica che la mancanza di interesse o eccitazione sessuale è stata presente per tutta la vita sessuale della donna. Per i Criteri A3, A4 e A6, che valutano il funzionamento durante l'attività sessuale, un sottotipo permanente indicherebbe la presenza dei sintomi sin dalle prime esperienze sessuali dell'individuo. Dovrebbe essere assegnato il sottotipo acquisito se le difficoltà riguardanti il desiderio o l'eccitazione sessuale si sono sviluppate dopo un periodo di funzionamento sessuale non problematico. Cambiamenti adattivi nel funzionamento sessuale possono derivare da eventi correlati al partner, interpersonali o personali e possono essere di natura transitoria. Tuttavia, la persistenza dei sintomi per circa 6 mesi o più costituirebbe una disfunzione sessuale.

Nel corso della vita avvengono cambiamenti nel desiderio e nell'eccitazione sessuale. Inoltre, è più probabile che, rispetto alle donne che hanno relazioni di minor durata, donne con relazioni più durature riferiscano di avere rapporti sessuali nonostante,

prima di farlo, non abbiano evidenti sensazioni di desiderio sessuale. La secchezza vaginale nelle donne più anziane è correlata all'età e allo stato di menopausa.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I fattori temperamentali comprendono pensieri e atteggiamenti negativi riguardo alla sessualità e a una passata storia di disturbi mentali. Le differenze nella propensione per l'eccitazione sessuale e l'inibizione sessuale possono anche preannunciare la probabilità di sviluppare problemi sessuali.

Fattori ambientali. I fattori ambientali comprendono le difficoltà relazionali, la funzionalità sessuale del partner e la storia evolutiva, come le prime relazioni con i caregiver dei bambini e i fattori stressanti durante l'infanzia.

Fattori genetici e fisiologici. Alcune condizioni mediche (per es., diabete mellito, disfunzione della tiroide) possono essere fattori di rischio per il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile. Sembra che nelle donne ci sia una forte influenza dei fattori genetici sulla vulnerabilità delle donne ai problemi sessuali. La ricerca psicofisiologica, con utilizzo della fotopletismografia vaginale, non ha riscontrato differenze tra donne con e senza una percepita mancanza di eccitazione genitale.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Vi è una marcata variabilità nei tassi di prevalenza del calo del desiderio sessuale tra le varie culture. Tassi più bassi di desiderio sessuale possono essere più comuni tra le donne dell'Asia orientale rispetto alle donne eurocanadesi. Anche se i livelli più bassi di desiderio ed eccitazione sessuale riscontrati negli uomini e nelle donne provenienti da paesi dell'Asia orientale rispetto ai gruppi euroamericani può riflettere un minore interesse per il sesso in quelle culture, rimane la possibilità che tali differenze di gruppo siano un artefatto delle misure utilizzate per quantificare il desiderio sessuale. Per giudicare se il calo del desiderio sessuale riferito da una donna di un certo gruppo etnico-culturale soddisfi i criteri per il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile si deve tener conto del fatto che le diverse culture possono considerare patologici alcuni comportamenti e non altri.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Per definizione, la diagnosi di disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile viene assegnata solo alle donne. Negli uomini, le difficoltà riguardanti il desiderio sessuale che sono fonti di stress rientrerebbero nel disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile.

Conseguenze funzionali del disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile

Difficoltà nel desiderio/eccitazione sessuale sono spesso associate a una ridotta soddisfazione del rapporto.

Diagnosi differenziale

Disturbi mentali non sessuali. Disturbi mentali non sessuali, come il disturbo depressivo maggiore, in cui vi è una "marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni", può spiegare la mancanza di desiderio/eccitazione sessuale. Se la mancanza di desiderio o di eccitazione è completamente attribuibile a un altro disturbo mentale, allora non andrebbe posta una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile.

Uso di sostanze/farmaci. L'uso di sostanze o farmaci può spiegare la mancanza di desiderio/eccitazione.

Altra condizione medica. Se si ritiene che i sintomi sessuali sono associati quasi esclusivamente agli effetti di un'altra condizione medica (per es., diabete mellito, sindrome endoteliale, disfunzione della tiroide, malattie del sistema nervoso centrale), non dovrebbe essere posta una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile.

Fattori interpersonali. Se significativi fattori interpersonali o contestuali, come un grave disagio relazionale, la violenza intima del partner o altri significativi fattori stressanti, spiegano i sintomi del disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile, allora non dovrebbe essere posta una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile.

Altre disfunzioni sessuali. La presenza di un'altra disfunzione sessuale non esclude una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile. Per le donne è comune fare esperienza di più di una disfunzione sessuale. Per esempio, la presenza di dolore genitale cronico può portare a una mancanza di desiderio per la (dolorosa) attività sessuale. La mancanza di desiderio e di eccitazione durante l'attività sessuale può compromettere la capacità orgasmica. Per alcune donne, tutti gli aspetti della risposta sessuale possono essere insoddisfacenti e possono procurare disagio.

Stimoli sessuali inadeguati o assenti. Quando vengono considerate le diagnosi differenziali, è importante valutare l'adeguatezza degli stimoli sessuali durante l'esperienza sessuale della donna. Nei casi in cui stimoli sessuali inadeguati o assenti contribuiscono al quadro clinico, ci può essere evidenza della necessità di una cura clinica, ma non andrebbe posta una diagnosi di disfunzione sessuale. Allo stesso modo, nella diagnosi differenziale devono essere considerate le alterazioni transitorie e adattive nel funzionamento sessuale che sono secondarie a un significativo evento di vita o personale.

Comorbilità

La comorbilità tra problemi di desiderio/eccitazione sessuale e altre difficoltà sessuali è estremamente comune. Disagio sessuale e insoddisfazione per la vita sessuale sono altamente correlati nelle donne con un calo del desiderio sessuale. Un calo del desiderio fonte di disagio è associato a depressione, problemi di tiroide, ansia, incontinenza urinaria e altri fattori medici. Anche l'artrite e le malattie infiammatorie intestinali o il colon irritabile sono associati ai problemi di eccitazione sessuale. Sembra che lo scarso desiderio sessuale possa presentare comorbilità con depressione, abusi sessuali e fisici subiti in età adulta, funzionamento mentale globale e uso di alcol.

Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione 302.76 (F52.6)

Criteri diagnostici

A. Persistenti o ricorrenti difficoltà con uno (o più) dei seguenti problemi:

1. Penetrazione vaginale durante il rapporto.
2. Marcato dolore vulvo-vaginale o pelvico durante il rapporto o i tentativi di penetrazione vaginale.

3. Marcata paura o ansia per il dolore pelvico o vulvo-vaginale prima, durante o come risultato della penetrazione vaginale.
4. Marcata tensione o contrazione dei muscoli del pavimento pelvico durante il tentativo di penetrazione vaginale.

B. I sintomi del Criterio A si sono protratti come minimo per circa 6 mesi.

C. I sintomi del Criterio A causano nell'individuo un disagio clinicamente significativo.

D. La disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale o come conseguenza di un grave disagio relazionale (per es., violenza del partner) o di altri significativi fattori stressanti e non è attribuibile agli effetti di una sostanza/farmaco o di un'altra condizione medica.

Specificare quale:

Permanente: Il disturbo è presente da quando l'individuo è diventato sessualmente attivo.

Acquisita: Il disturbo inizia dopo un periodo di funzionamento sessuale relativamente normale.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Evidenze di un lieve disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Moderata: Evidenze di un moderato disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Grave: Evidenze di un grave o estremo disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione si riferisce a quattro tipologie sintomatiche che sono comunemente in comorbilità: 1) difficoltà ad avere rapporti sessuali, 2) dolore genito-pelvico, 3) paura del dolore o della penetrazione vaginale e 4) tensione dei muscoli del pavimento pelvico (Criterio A). Poiché una grave difficoltà in una qualsiasi di queste aree sintomatiche è spesso sufficiente a causare un disagio clinicamente significativo, può essere posta una diagnosi in base alla marcata difficoltà in una sola tipologia sintomatica. Tuttavia, dovrebbero essere valutate tutte e quattro le tipologie sintomatiche anche se la diagnosi può essere posta in base a una sola tipologia sintomatica.

La *marcata difficoltà ad avere un rapporto vaginale/penetrazione* (Criterio A1) può variare da una totale incapacità di fare esperienza di penetrazione vaginale in qualsiasi situazione (per es., rapporto sessuale, visite ginecologiche, inserimento dell'assorbente) alla capacità di fare facilmente esperienza di penetrazione in una situazione ma non in un'altra. Sebbene la situazione clinica più comune sia quella in cui una donna non è in grado di avere un rapporto sessuale o una penetrazione con un partner, possono essere presenti anche difficoltà a sottoporsi alle visite ginecologiche necessarie.

Il *marcato dolore vulvo-vaginale o pelvico durante il rapporto o i tentativi di penetrazione vaginale* (Criterio A2) si riferisce al dolore che si verifica in diversi punti della zona genito-pelvica. La localizzazione del dolore, così come l'intensità, dovrebbero essere valutate. Il dolore può essere tipicamente identificato come superficiale (vulvo-vaginale o che si verifica durante la penetrazione) o profondo (pelvico, cioè che non viene sentito fino a una penetrazione più profonda). L'intensità del dolore è spesso non direttamente collegata al disagio o all'interferenza con i rapporti sessuali o altre attività sessuali. Alcuni dolori genito-pelvici si verificano solo se provocati (cioè da un rapporto sessuale o da stimolazione manuale); altri dolori genito-pelvici possono essere sia spontanei sia provocati. Può essere anche utile descrivere il dolore genito-pelvico dal punto di vista qualitativo (per es., "bruciante", "tagliente", "lancinante", "pulsante"). Il dolore può persistere per qualche tempo dopo che il rapporto è terminato e può verificarsi anche durante la minzione. In generale, il dolore provato durante il rapporto sessuale può essere elicitato nel corso di una visita ginecologica.

La *marcata paura o ansia per il dolore pelvico o vulvo-vaginale prima, durante o come risultato della penetrazione vaginale* (Criterio A3) è comunemente riferita dalle donne che hanno provato regolarmente dolore durante il rapporto sessuale. Questa reazione "normale" può portare all'evitamento di situazioni sessuali/intime. In altri casi, questa marcata paura non sembra essere strettamente correlata all'esperienza del dolore, ma porta tuttavia a evitare rapporti e situazioni di penetrazione vaginale. Alcuni hanno descritto questa reazione come simile a una reazione fobica, a prescindere dal fatto che l'oggetto della fobia possa essere la penetrazione vaginale o la paura del dolore.

La *marcata tensione o contrazione dei muscoli del pavimento pelvico durante il tentativo di penetrazione vaginale* (Criterio A4) può variare da uno spasmo simil-riflesso del pavimento pelvico in risposta al tentativo di penetrazione vaginale alla "normale/volontaria" difesa muscolare in risposta all'attesa o ripetuta esperienza del dolore o alla paura o all'ansia. Nel caso di una reazione "normale/difensiva", la penetrazione può essere possibile in condizioni di rilassamento. La caratterizzazione e la valutazione delle disfunzioni del pavimento pelvico sono spesso effettuate al meglio da un ginecologo o da un fisioterapista del pavimento pelvico.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione è frequentemente associato ad altre disfunzioni sessuali, particolarmente alla riduzione di desiderio e di interesse sessuali (disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile). A volte il desiderio e l'interesse sono mantenuti in situazioni sessuali che non siano dolorose o non richiedano penetrazione. Anche quando gli individui con disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione riferiscono interesse/motivazione sessuali, vi è spesso evitamento comportamentale di situazioni e opportunità sessuali. Anche l'evitamento delle visite ginecologiche è frequente, nonostante le raccomandazioni mediche. Le modalità di evitamento sono simili a quelle osservate nei disturbi fobici. Comunemente, le donne che non sono riuscite ad avere rapporti sessuali richiedono un trattamento solo quando desiderano concepire. Molte donne con disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione fanno esperienza di problemi relazionali/coniugali associati al disturbo; inoltre, spesso riferiscono che i sintomi diminuiscono in modo significativo la percezione della loro femminilità.

In aggiunta al sottotipo "permanente/acquisita", durante la valutazione e la diagnosi di disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione devono essere considerati i seguenti cinque fattori, dato che possono essere rilevanti per l'eziologia e/o il trattamento: 1) fattori riguardanti il partner (per es., problemi sessuali del partner, stato di salute del partner); 2) fattori relazionali (per es., scarsa comunicazione, differenze nel desiderio di attività sessuale); 3) fattori di vulnerabilità individuale (per es., un'immagine corporea insoddisfacente, una storia di abuso sessuale o emotivo), comorbilità psichiatrica (per es., depressione, ansia) o fattori stressanti (per es., perdita del lavoro, lutto); 4) fattori culturali o religiosi (per es., inibizioni correlate a divieti riguardanti l'attività sessuale o il piacere; atteggiamenti verso la sessualità); e 5) fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento. Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi in maniera diversa in donne diverse con questo disturbo.

Non ci sono valide misure fisiologiche per una qualsiasi componente delle tipologie sintomatiche del disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione. Validati questionari psicometrici possono essere utilizzati per valutare formalmente le componenti del dolore e dell'ansia correlate al disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione è sconosciuta. Tuttavia, nel Nordamerica circa il 15% delle donne riferisce dolore ricorrente durante il rapporto sessuale. Le difficoltà di avere rapporti sembrano essere un frequente motivo del ricorso a cliniche per disfunzioni sessuali e a clinici specialisti.

Sviluppo e decorso

Lo sviluppo e il decorso del disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione non sono chiari. Dal momento che le donne generalmente non richiedono il trattamento fino a quando non fanno esperienza di problemi nel funzionamento sessuale, può, in generale, essere difficile caratterizzare tale disturbo come permanente (primario) o acquisito (secondario). Anche se le donne, tipicamente, si presentano all'attenzione clinica dopo l'inizio dell'attività sessuale, sono spesso presenti precoci segni clinici. Per esempio, la difficoltà o l'evitamento dell'uso di assorbenti interni è un importante fattore predittivo di problemi successivi. Le difficoltà di penetrazione vaginale (incapacità o paura o dolore) possono non essere evidenti fino a quando non si tenta di avere un rapporto sessuale. Anche quando il rapporto viene tentato, la frequenza dei tentativi può non essere significativa o regolare. Nei casi in cui è difficile stabilire se la sintomatologia è permanente o acquisita, è utile determinare la presenza di un periodo prolungato in cui il rapporto sessuale si è svolto con successo, senza dolore, paura o tensione. Se l'esperienza di un tale periodo può essere stabilita, allora il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione può essere definito come acquisito. Una volta che la sintomatologia è consolidata da un periodo di circa 6 mesi, sembra diminuire la probabilità di una spontanea e significativa remissione dei sintomi.

Le lamentele correlate al dolore genito-pelvico hanno un picco nella prima età adulta e nel periodo peri- e post-menopausa. Le donne che lamentano difficoltà ad avere rapporti sembrano essere principalmente in pre-menopausa. Si può anche presentare un aumento dei sintomi correlati al dolore genito-pelvico nel periodo postpartum.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. L'abuso sessuale e/o fisico è stato spesso citato come fattore predittivo dei disturbi da dolore sessuale, definiti nel DSM-IV dispareunia e vaginismo. Nella letteratura attuale ciò è oggetto di controversia.

Fattori genetici e fisiologici. Le donne che provano un dolore superficiale durante il rapporto sessuale spesso riferiscono l'insorgenza del dolore dopo una storia di infezioni vaginali. Anche dopo che le infezioni si sono risolte e non sono evidenti segni fisici residui, il dolore persiste. Il dolore durante l'inserimento dell'assorbente interno o l'incapacità di inserire assorbenti interni prima che sia stato tentato un qualsiasi contatto sessuale è un importante fattore di rischio per il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

In passato, un'educazione sessuale inadeguata e l'integralismo religioso sono stati spesso considerati fattori predisponenti culturalmente correlati alla diagnosi di vaginismo del DSM-IV. Quest'idea sembra essere confermata da recenti dati provenienti dalla Turchia, un paese prevalentemente musulmano, che indicano una prevalenza del disturbo sorprendentemente alta. Tuttavia, la maggior parte delle ricerche, sebbene di portata limitata, non sostengono questa teoria (Lahaie et al., 2010).

Aspetti diagnostici correlati al genere

Per definizione, la diagnosi di disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione viene assegnata solo alle donne. Dati di ricerca relativamente nuovi, riguardanti la sindrome urologica maschile da dolore pelvico cronico, suggeriscono che gli uomini possono fare esperienza di alcuni problemi simili. La ricerca e l'esperienza clinica non sono ancora sufficientemente sviluppate per giustificare l'applicazione di questa diagnosi agli uomini. In uomini che sembrano corrispondere a questo pattern possono essere diagnosticate una disfunzione sessuale con altra specificazione o una disfunzione sessuale senza specificazione.

Conseguenze funzionali del disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione

Difficoltà funzionali nel disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione sono spesso associate a interferenze nella soddisfazione del rapporto e talvolta nella capacità di concepimento attraverso rapporti sessuali pene/vagina.

Diagnosi differenziale

Altra condizione medica. In molti casi, alle donne con disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione verrà diagnosticata anche un'altra condizione medica (per es., lichen sclerosus, endometriosi, infiammazione pelvica, atrofia vulvo-vaginale). In alcuni casi, il trattamento della condizione medica può alleviare il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione. Il più delle volte, questo non avviene. Non ci sono strumenti affidabili o metodi diagnostici che consentano ai clinici di sapere quale, fra la condizione medica e il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione, è primario. Spesso, le condizioni mediche associate sono difficili da diagnosticare e trattare. Per esempio, l'aumentata incidenza di dolore durante i rapporti dopo la menopausa può essere talvolta attribuibile alla secchezza vaginale o all'atrofia vulvo-vaginale associate alla diminuzione del livello di estrogeni. Tuttavia,non si è ben compresa la relazione tra atrofia vulvo-vaginale/secchezza, estrogeni e dolore.

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati. Ad alcune donne con disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione può essere diagnosticato un disturbo da sintomi somatici. Dal momento che il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione come il disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati sono diagnosi nuove, non è ancora chiaro se possono essere differenziati in modo attendibile. Ad alcune donne con diagnosi di disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione viene anche diagnosticata una fobia specifica.

Stimoli sessuali inadeguati. È importante che il clinico, nel considerare le diagnosi differenziali, valuti l'adeguatezza degli stimoli sessuali nell'ambito dell'esperienza sessuale della donna. Situazioni sessuali in cui i preliminari o l'eccitazione sono inadeguati possono portare a difficoltà di penetrazione, dolore o evitamento. La disfunzione erettile o l'eiaculazione precoce nel partner maschile possono causare difficoltà nella penetrazione. Queste condizioni dovrebbero essere attentamente valutate. In alcune situazioni, può non essere appropriata una diagnosi di disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione.

Comorbilità

Sembra essere comune una comorbilità tra il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione e altri problemi sessuali. È frequente anche la comorbilità con il disagio

relazionale. Questo non è sorprendente, dal momento che nelle culture occidentali l'incapacità di avere un rapporto (senza dolore) con un partner desiderato e l'evitamento delle opportunità sessuali possono essere tanto un fattore che contribuisce quanto il risultato di altri problemi sessuali o relazionali. Poiché i sintomi a carico del pavimento pelvico sono coinvolti nella diagnosi di disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione, è probabile che vi sia una più alta prevalenza di altri disturbi correlati al pavimento pelvico o agli organi riproduttivi (per es., cistite interstiziale, costipazione, infezioni vaginali, endometriosi, colon irritabile).

Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile 302.71 (F52.0)

Criteri diagnostici

A. Persistente o ricorrente insufficienza (o assenza) di pensieri o fantasie sessuali/erotici e di desiderio di attività sessuale. Il giudizio di carenza è fatto dal clinico, tenendo conto dei fattori che influenzano il funzionamento sessuale, come l'età e il contesto di vita generale e socioculturale dell'individuo.

B. I sintomi del Criterio A si sono protratti come minimo per circa 6 mesi.

C. I sintomi del Criterio A causano nell'individuo un disagio clinicamente significativo.

D. La disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale o come conseguenza di un grave disagio relazionale o di altri significativi fattori stressanti e non è attribuibile agli effetti di una sostanza/farmaco o di un'altra condizione medica.

Specificare quale:

Permanente: Il disturbo è presente da quando l'individuo è diventato sessualmente attivo.

Acquisita: Il disturbo inizia dopo un periodo di funzionamento sessuale relativamente normale.

Specificare quale:

Generalizzata: Non è limitato a determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Situazionale: Si verifica solo con determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Evidenze di un lieve disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Moderata: Evidenze di un moderato disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Grave: Evidenze di un grave o estremo disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Caratteristiche diagnostiche

Nel valutare il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile, si deve tener conto del contesto interpersonale. Una "differenza di desiderio", in cui un uomo ha un desiderio di attività sessuale inferiore a quello del partner, non è sufficiente per diagnosticare il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile. Per una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile sono richiesti sia l'insufficiente/assente desiderio sia gli scarsi/assenti pensieri o fantasie sessuali. Tra gli uomini ci possono essere variazioni nelle modalità di espressione del desiderio sessuale.

La mancanza di desiderio sessuale e gli scarsi/assenti pensieri o fantasie erotici devono essere persistenti o ricorrenti e devono verificarsi per una durata minima di circa

6 mesi. L'inclusione di questo criterio di durata serve a impedire che il disturbo venga diagnosticato nei casi in cui il calo del desiderio sessuale di un uomo può rappresentare una risposta adattiva a condizioni avverse di vita (per es., la preoccupazione per la gravidanza del partner quando l'uomo sta pensando di interrompere la relazione). L'introduzione dell'avverbio "circa" nel Criterio B permette un giudizio clinico nei casi in cui la durata dei sintomi non soddisfa la soglia raccomandata di 6 mesi.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile è talvolta associato a preoccupazioni riguardanti l'erezione e/o l'eiaculazione. Per esempio, le difficoltà persistenti nel raggiungere un'erezione possono portare un uomo a perdere interesse per l'attività sessuale. Spesso gli uomini con disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile riferiscono di non avere più iniziative sessuali e di essere solo minimamente ricettivi agli approcci del partner. Le attività sessuali (per es., la masturbazione o l'attività sessuale di coppia) possono a volte verificarsi anche in presenza di calo del desiderio sessuale. Nel porre la diagnosi di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile si deve tener conto delle preferenze specifiche della coppia riguardo alle modalità di inizio dell'attività sessuale. Anche se gli uomini sono più propensi a iniziare l'attività sessuale e, quindi, il calo del desiderio può essere caratterizzato da mancanza di iniziativa sessuale, molti uomini possono preferire che sia il partner a prendere l'iniziativa dell'attività sessuale. In tali situazioni, quando si valuta il calo del desiderio dovrebbe essere considerata la mancanza di ricettività dell'uomo per l'iniziativa del partner.

Oltre ai sottotipi "permanente/acquisita" e "generalizzata/situazionale", durante la valutazione e la diagnosi di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile devono essere considerati i seguenti cinque fattori, dato che possono essere rilevanti per l'eziologia e/o il trattamento: 1) fattori riguardanti il partner (per es., problemi sessuali del partner, stato di salute del partner); 2) fattori relazionali (per es., scarsa comunicazione, differenze nel desiderio di attività sessuale); 3) fattori di vulnerabilità individuale (per es., un'immagine corporea insoddisfacente, una storia di abuso sessuale o emotivo), comorbilità psichiatrica (per es., depressione, ansia) o fattori stressanti (per es., perdita del lavoro, lutto); 4) fattori culturali o religiosi (per es., inibizioni correlate a divieti riguardanti l'attività sessuale o il piacere; atteggiamenti verso la sessualità); e 5) fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento. Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi in maniera diversa in uomini diversi con questo disturbo.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile varia in base al paese di provenienza e al metodo di valutazione. Circa il 6% degli uomini più giovani (18-24 anni) e il 41% degli uomini più anziani (66-74 anni) hanno problemi di desiderio sessuale. Tuttavia, una persistente mancanza di interesse per il sesso, della durata di 6 mesi o più, colpisce solo una piccola percentuale (1,8%) di uomini tra i 16 e i 44 anni.

Sviluppo e decorso

Per definizione, il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile permanente indica che un desiderio sessuale scarso o nullo è sempre stato presente, mentre il sottotipo acquisito andrebbe assegnato se il calo del desiderio dell'uomo si è sviluppato dopo

un periodo di desiderio sessuale normale. Per porre la diagnosi, il calo del desiderio deve persistere per circa 6 mesi o più; pertanto, i cambiamenti di breve durata nel desiderio sessuale non dovrebbero essere diagnosticati come disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile.

Vi è una normale diminuzione del desiderio sessuale correlata all'età. Come le donne, gli uomini identificano una serie di fattori scatenanti del desiderio sessuale e descrivono una vasta gamma di motivi che li inducono a impegnarsi in attività sessuali. Nonostante gli stimoli erotici visivi possano essere i più efficaci agenti stimolanti del desiderio negli uomini più giovani, l'efficacia degli stimoli sessuali può diminuire con il progredire dell'età e deve essere considerata nel valutare gli uomini per il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I disturbi dell'umore e d'ansia sembrano essere fortemente predittivi del calo del desiderio negli uomini. Fino a metà degli uomini con una passata storia di sintomi psichiatrici può avere una moderata o grave perdita del desiderio, rispetto al solo 15% di quelli senza tale storia di sintomi. I sentimenti che un uomo ha verso se stesso, la percezione del desiderio sessuale che il partner prova nei suoi confronti, la sensazione di essere in contatto emotivo e variabili contestuali possono tutti influenzare negativamente (così come positivamente) il desiderio sessuale.

Fattori ambientali. L'uso di alcol può aumentare il rischio di calo del desiderio. Per spiegare il calo del desiderio tra gli uomini gay devono essere considerati l'omofobia verso di sé, i problemi interpersonali, la mentalità, la mancanza di un'adeguata educazione sessuale e i traumi derivanti da esperienze d'infanzia. Dovrebbero essere considerati anche i fattori contestuali socioculturali.

Fattori genetici e fisiologici. Disturbi endocrini, come l'iperprolattinemia, influenzano in modo significativo il desiderio sessuale negli uomini. L'età è un fattore di rischio significativo per il calo del desiderio negli uomini. Non è chiaro se gli uomini con calo del desiderio hanno anche livelli atipicamente bassi di testosterone, tuttavia tra gli uomini affetti da ipogonadismo il calo del desiderio è comune. Ci può anche essere una soglia critica sotto la quale il testosterone influenza il desiderio sessuale negli uomini e oltre la quale il suo effetto sul desiderio dell'uomo è modesto.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La variabilità nei tassi di prevalenza del calo del desiderio nelle varie culture è marcata, oscillando, negli uomini di età compresa tra i 40 e gli 80 anni, dal 12,5% nel Nord Europa al 28% nel Sudest asiatico. Così come ci sono più alti tassi di calo del desiderio tra i sottogruppi di donne dell'Asia orientale, anche gli uomini con le stesse origini etniche hanno più alti tassi di calo del desiderio. Il senso di colpa dovuto al sesso può mediare questa associazione tra l'appartenenza etnica all'Asia orientale e il desiderio sessuale negli uomini.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Diversamente dalla classificazione dei disturbi sessuali nelle donne, negli uomini i disturbi del desiderio e dell'eccitazione sono stati mantenuti come costrutti separati. Nonostante alcune somiglianze tra uomini e donne nell'esperienza del desiderio e il fatto che il desiderio oscilla nel tempo e dipende da fattori contestuali, gli uomini riferiscono un'intensità e una frequenza di desiderio sessuale notevolmente maggiori rispetto alle donne.

Diagnosi differenziale

Disturbi mentali non sessuali. Disturbi mentali non sessuali, come il disturbo depressivo maggiore, che è caratterizzato da "marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività", possono spiegare la mancanza di desiderio sessuale. Se la mancanza di desiderio è meglio spiegata da un altro disturbo mentale, allora la diagnosi di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile non dovrebbe essere posta.

Uso di sostanze/farmaci. L'uso di sostanze/farmaci può spiegare la mancanza di desiderio sessuale.

Altra condizione medica. Se lo scarso/assente desiderio e l'insufficienza/assenza di pensieri o fantasie erotici sono meglio spiegati dagli effetti di un'altra condizione medica (per es., ipogonadismo, diabete mellito, disfunzione della tiroide, malattia del sistema nervoso centrale), allora non dovrebbe essere posta una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile.

Fattori interpersonali. Se significativi fattori interpersonali o contestuali, come un grave disagio relazionale o altri significativi fattori stressanti, sono associati alla perdita del desiderio nell'uomo, allora non dovrebbe essere posta una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile.

Altre disfunzioni sessuali. La presenza di un'altra disfunzione sessuale non esclude una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile; alcune prove evidenziano che fino a metà degli uomini con calo del desiderio sessuale ha anche difficoltà di erezione, e un po' meno della metà può anche avere difficoltà relative a eiaculazione precoce. Se il calo del desiderio è spiegato dall'identificazione di sé come asessuato, allora non dovrebbe essere posta una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile.

Comorbilità

La depressione e altri disturbi mentali, così come i fattori endocrini, sono spesso in comorbilità con il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile.

Eiaculazione precoce 302.75 (F52.4)

Criteri diagnostici

A. Una modalità persistente o ricorrente di eiaculazione che si verifica durante i rapporti sessuali, circa un minuto dopo la penetrazione vaginale e prima che l'individuo lo desideri.

   Nota: Anche se la diagnosi di eiaculazione precoce può essere applicata a individui impegnati in attività sessuali non intravaginali, non sono stati stabiliti specifici criteri di durata per queste attività.

B. I sintomi del Criterio A devono essere stati presenti come minimo per circa 6 mesi e devono essere provati in tutte o quasi tutte (circa il 75-100%) le occasioni di attività sessuale (in determinate circostanze situazionali o, se generalizzato, in ogni circostanza).

C. I sintomi del Criterio A causano nell'individuo un disagio clinicamente significativo.

D. La disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale o come conseguenza di un grave disagio relazionale o di altri significativi fattori stressanti e non è attribuibile agli effetti di una sostanza/farmaco o di un'altra condizione medica.

Specificare quale:

Permanente: Il disturbo è presente da quando l'individuo è diventato sessualmente attivo.

Acquisita: Il disturbo inizia dopo un periodo di funzionamento sessuale relativamente normale.

Specificare quale:

Generalizzata: Non è limitato a determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Situazionale: Si verifica solo con determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: L'eiaculazione si verifica entro circa 30-60 secondi dopo la penetrazione vaginale.

Moderata: L'eiaculazione si verifica entro circa 15-30 secondi dopo la penetrazione vaginale.

Grave: L'eiaculazione si verifica prima dell'attività sessuale, all'inizio dell'attività sessuale o entro 15 secondi circa dalla penetrazione vaginale.

Caratteristiche diagnostiche

L'eiaculazione precoce si manifesta quando l'eiaculazione si verifica prima o poco dopo la penetrazione vaginale, rilevata tramite la stima che l'individuo fa della propria latenza eiaculatoria (cioè il tempo trascorso prima dell'eiaculazione) dopo la penetrazione vaginale. Il tempo di latenza stimato per l'eiaculazione intravaginale è assai simile a quello effettivo quando la latenza eiaculatoria è di breve durata; pertanto, stime della latenza eiaculatoria riportate dall'individuo sono sufficienti per scopi diagnostici. Un tempo di 60 secondi di latenza eiaculatoria intravaginale è un cut-off appropriato per la diagnosi di eiaculazione precoce permanente in uomini eterosessuali. Non ci sono dati sufficienti per determinare se questo criterio di durata può essere applicato all'eiaculazione precoce acquisita. La definizione del disturbo, basata sulla durata della latenza eiaculatoria, può essere applicata ai maschi di vario orientamento sessuale, poiché la latenza eiaculatoria sembra essere simile tra uomini di differenti orientamenti sessuali e tra diverse attività sessuali.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Molti maschi con eiaculazione precoce lamentano un senso di mancanza di controllo dell'eiaculazione e riferiscono di provare apprensione per la prevista incapacità di ritardare l'eiaculazione nei successivi rapporti sessuali.

I seguenti fattori possono essere rilevanti nella valutazione di qualsiasi disfunzione sessuale: 1) fattori riguardanti il partner (per es., problemi sessuali del partner, stato di salute del partner); 2) fattori relazionali (per es., scarsa comunicazione, differenze nel desiderio di attività sessuale); 3) fattori di vulnerabilità individuale (per es., un'immagine corporea insoddisfacente, una storia di abuso sessuale o emotivo), comorbilità psichiatrica (per es., depressione, ansia) o fattori stressanti (per es., perdita del lavoro, lutto); 4) fattori culturali o religiosi (per es., inibizioni legate a divieti riguardanti l'attività sessuale o il piacere; atteggiamenti verso la sessualità); e 5) fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento.

Prevalenza

Le stime della prevalenza dell'eiaculazione precoce variano ampiamente a seconda della definizione utilizzata. A livello internazionale, più del 20-30% degli uomini di

età compresa tra i 18 e i 70 anni riferisce preoccupazione riguardo alla rapidità di eiaculazione. Con la nuova definizione di eiaculazione precoce (cioè l'eiaculazione che si verifica dopo circa 1 minuto di penetrazione vaginale), solo all'1-3% degli uomini verrebbe diagnosticato il disturbo. La prevalenza dell'eiaculazione precoce può aumentare con l'età.

Sviluppo e decorso

Per definizione, l'eiaculazione precoce permanente si manifesta con le prime esperienze sessuali di un maschio e persiste in seguito. Alcuni uomini possono fare esperienza di eiaculazione precoce durante i loro primi rapporti sessuali, ma in seguito acquisire il controllo eiaculatorio. È la persistenza dei problemi eiaculatori per più di 6 mesi a determinare la diagnosi di eiaculazione precoce. Al contrario, alcuni uomini sviluppano il disturbo dopo un periodo di latenza eiaculatoria normale, e questo è noto come eiaculazione precoce acquisita. Questo disturbo è molto meno conosciuto della forma permanente. L'eiaculazione precoce acquisita, probabilmente, ha un esordio più tardivo, comparendo di solito dopo i 40 anni. La forma permanente è relativamente stabile per tutta la vita. Poco si sa circa il decorso dell'eiaculazione precoce acquisita. La remissione di patologie come l'ipertiroidismo e la prostatite sembra riportare la latenza eiaculatoria ai valori di base. L'eiaculazione precoce permanente inizia sin dalle prime esperienze sessuali e persiste per tutta la vita dell'individuo. In circa il 20% degli uomini con eiaculazione precoce, la latenza eiaculatoria diminuisce ulteriormente con l'età. Si è rilevato che l'età e la durata della relazione correlano negativamente con la prevalenza dell'eiaculazione precoce.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. L'eiaculazione precoce può essere più comune negli uomini con disturbi d'ansia, in particolare con disturbo d'ansia sociale (fobia sociale).

Fattori genetici e fisiologici. Esiste un moderato apporto genetico alla forma permanente dell'eiaculazione precoce. L'eiaculazione precoce può essere associata al polimorfismo dei geni trasportatori della dopamina e della serotonina. Malattie della tiroide, prostatite e astinenza da droghe sono associate all'eiaculazione precoce acquisita. Le misurazioni tramite tomografia a emissione di positroni del flusso ematico nelle regioni cerebrali durante l'eiaculazione hanno mostrato attivazione soprattutto nella zona di transizione mesencefalica, compresa l'area ventrale tegmentale.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La percezione di ciò che costituisce una normale latenza eiaculatoria è diversa in molte culture. In alcuni paesi il tempo effettivo di latenza eiaculatoria può differire. Alcune differenze possono essere spiegate da fattori culturali o religiosi, così come da differenze genetiche tra le popolazioni.

Aspetti diagnostici correlati al genere

L'eiaculazione precoce è un disturbo sessuale maschile. I maschi e i partner sessuali possono differire nella loro percezione di ciò che costituisce una latenza eiaculatoria accettabile. Nelle femmine ci può essere un aumento delle preoccupazioni concernenti l'eiaculazione precoce nei partner sessuali, il che può essere un riflesso del cambiamento dell'atteggiamento della società rispetto all'attività sessuale femminile.

Marker diagnostici

Negli ambiti di ricerca la latenza eiaculatoria è di solito rilevata dal partner sessuale con l'utilizzo di un dispositivo a tempo (per es., un cronometro), anche se questo non è l'ideale nelle situazioni sessuali della vita reale. Per il rapporto vaginale, viene misurato il tempo che intercorre tra la penetrazione e l'eiaculazione intravaginale.

Conseguenze funzionali dell'eiaculazione precoce

Un pattern di eiaculazione precoce può essere associato a una diminuita stima di sé, a un senso di mancanza di controllo e a conseguenze avverse per le relazioni con i partner. Può inoltre causare disagio personale e diminuzione della soddisfazione sessuale nel partner. L'eiaculazione prima della penetrazione può essere associata a difficoltà di concepimento.

Diagnosi differenziale

Disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci. Quando i problemi di eiaculazione precoce sono dovuti esclusivamente a uso di sostanze, intossicazione o astinenza, dovrebbe essere diagnosticata una disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci.

Preoccupazioni riguardo all'eiaculazione che non soddisfano i criteri diagnostici. È necessario identificare i maschi con latenze eiaculatorie normali che desiderano latenze eiaculatorie più lunghe e i maschi che hanno un'eiaculazione precoce episodica (per es., durante il primo incontro sessuale con un nuovo partner, quando una latenza eiaculatoria breve può essere comune o nella norma). Nessuna di queste situazioni porta a una diagnosi di eiaculazione precoce, anche se queste situazioni possono essere fonte di stress per alcuni maschi.

Comorbilità

L'eiaculazione precoce può essere associata a problemi di erezione. In molti casi, può essere difficile determinare quale difficoltà preceda l'altra. L'eiaculazione precoce permanente può essere associata a determinati disturbi d'ansia. La forma acquisita può essere invece associata a prostatite, a malattie della tiroide o ad astinenza da droghe (per es., durante l'astinenza da oppiacei).

Disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci

Criteri diagnostici

A. Un disturbo clinicamente significativo del funzionamento sessuale è predominante nel quadro clinico.

B. Dall'anamnesi, dall'esame obiettivo o dagli esami di laboratorio risultano 1) e 2):

1. I sintomi del Criterio A si sono sviluppati durante o subito dopo l'intossicazione o l'astinenza da una sostanza o dopo l'assunzione prolungata di un farmaco.
2. La sostanza/farmaco implicata/o è in grado di produrre i sintomi del Criterio A.

C. Il disturbo non è meglio spiegato da una disfunzione sessuale che non è indotta da sostanze/farmaci. La primarietà della disfunzione sessuale potrebbe essere evidenziata nei seguenti modi:

I sintomi precedono l'esordio dell'uso della sostanza/farmaco; i sintomi persistono per un considerevole periodo di tempo (per es., circa un mese) dopo la cessazione della fase acuta di astinenza o di intossicazione grave; o c'è un'altra evidenza che suggerisce l'esistenza di una disfunzione sessuale indipendente non indotta da sostanze/farmaci (per es., una storia di ricorrenti episodi non correlati all'uso di sostanze/farmaci).

D. Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un delirio.

E. Il disturbo causa nell'individuo un disagio clinicamente significativo.

Nota: Questa diagnosi dovrebbe essere posta in luogo di una diagnosi di intossicazione o astinenza da una sostanza solo quando i sintomi del Criterio A predominano nel quadro clinico e sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica.

Nota di codifica: I codici ICD-9-CM e ICD-10-CM per le disfunzioni sessuali indotte da [specifica sostanza/farmaco] sono indicati nella tabella sottostante. Da notare che il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, in comorbilità un disturbo da uso di sostanze per la stessa classe di sostanze. Se vi è un disturbo da uso di sostanze lieve in comorbilità con la disfunzione sessuale indotta da sostanze, il carattere in 4ª posizione è "1" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] lieve" prima della disfunzione sessuale indotta da sostanze (per es., "disturbo da uso di cocaina lieve con disfunzione sessuale indotta da cocaina"). Se vi è un disturbo da uso di sostanze moderato o grave in comorbilità con la disfunzione sessuale indotta da sostanze, il carattere in 4ª posizione è "2" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] moderato" o "disturbo da uso di [sostanza] grave", a seconda della gravità del disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Se non vi è un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., dopo l'uso pesante della sostanza, avvenuto una sola volta), allora il carattere in 4ª posizione è "9" e il clinico dovrebbe registrare solo la disfunzione sessuale indotta da sostanze.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Con disturbo da uso, lieve	Con disturbo da uso, moderato o grave	Senza disturbo da uso
Alcol	291.89	F10.181	F10.281	F10.981
Oppiacei	292.89	F11.181	F11.281	F11.981
Sedativi, ipnotici o ansiolitici	292.89	F13.181	F13.281	F13.981
Amfetamine (o altri stimolanti)	292.89	F15.181	F15.281	F15.981
Cocaina	292.89	F14.181	F14.281	F14.981
Altre (o sconosciute) sostanze	292.89	F19.181	F19.281	F19.981

Specificare se (si veda Tabella 1 nel capitolo "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction" per le diagnosi associate a una determinata classe di sostanze):

Con esordio durante l'intossicazione: Se sono soddisfatti i criteri per l'intossicazione dalla sostanza e i sintomi si sviluppano durante l'intossicazione.

Con esordio durante l'astinenza: Se sono soddisfatti i criteri per l'astinenza dalla sostanza e i sintomi si sviluppano durante, o poco dopo, l'astinenza.

Con esordio dopo l'uso di un farmaco: I sintomi possono apparire sia all'inizio di una terapia sia dopo una modifica o un cambiamento nell'uso.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Si verifica nel 25-50% delle occasioni di attività sessuale.

Moderata: Si verifica nel 50-75% delle occasioni di attività sessuale.

Grave: Si verifica nel 75% o più delle occasioni di attività sessuale.

Procedure di registrazione

ICD-9-CM. La denominazione della disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., alcol, fluoxetina) che si presume sia la causa della disfunzione sessuale. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che è basata sulle classi di droghe. Per le sostanze che non rientrano in nessuna delle classi (per es., fluoxetina) dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze"; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico, ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

La denominazione del disturbo è seguita dalla specificazione di esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza, esordio dopo l'uso di un farmaco), seguita dalla specificazione della gravità (cioè lieve, moderata, grave). A differenza delle procedure di registrazione dell'ICD-10-CM, che combinano il disturbo indotto da sostanze e il disturbo da uso di sostanze, per l'ICD-9-CM viene assegnato un codice diagnostico separato per il disturbo da uso di sostanze. Per esempio, nel caso di disfunzione erettile che si verifica durante l'intossicazione in un uomo con un disturbo da uso di alcol grave, la diagnosi è 291.89 disfunzione sessuale indotta da alcol, con esordio durante l'intossicazione, moderata. Viene attribuita una diagnosi aggiuntiva di 303.90 disturbo da uso di alcol grave. Quando si giudica che nello sviluppo della disfunzione sessuale più di una sostanza giochi un ruolo significativo, ciascuna dovrebbe essere elencata separatamente (per es., 292.89 disfunzione sessuale indotta da cocaina, con esordio durante l'intossicazione, moderata; 292.89 disfunzione sessuale indotta da fluoxetina, con esordio dopo l'uso di un farmaco).

ICD-10-CM. La denominazione della disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., alcol, fluoxetina) che si presume sia la causa della disfunzione sessuale. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che è basata sulle classi di droghe e la presenza o assenza di un disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Per le sostanze che non rientrano in nessuna delle classi (per es., fluoxetina) dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze"; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico, ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

Quando si registra la denominazione del disturbo, il disturbo da uso di sostanze in comorbilità (se presente) viene elencato per primo, seguito dal termine *con*, seguito dalla denominazione della disfunzione sessuale indotta dalla sostanza, seguita dalla specificazione dell'esordio (cioè esordio durante l'intossicazione, esordio durante l'astinenza, esordio dopo l'uso di un farmaco) e della gravità (cioè lieve, moderata, grave). Per esempio, nel caso di disfunzione erettile che si verifica durante l'intossicazione in un uomo con un disturbo da uso di alcol grave, la diagnosi è F10.281 disturbo da uso di alcol grave con disfunzione sessuale indotta da alcol, con esordio durante l'intossicazione, moderata. Non viene attribuita una diagnosi separata per il disturbo da uso di alcol grave in comorbilità. Se la disfunzione sessuale indotta si verifica senza un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., dopo l'uso pesante di una sostanza, avvenuto una sola volta), non viene annotato nessun disturbo da uso di sostanze concomitante (per es., F15.981 disfunzione sessuale indotta da amfetamina, con esordio durante l'intossicazione). Quando si giudica che nello sviluppo della disfunzione sessuale più di una sostanza giochi un ruolo significativo, ciascuna dovrebbe essere elencata separatamente (per es., F14.181 disturbo da uso di cocaina lieve con disfunzione sessuale indotta da cocaina, con esordio durante l'intossicazione, moderata; F19.981 disfunzione sessuale indotta da fluoxetina, con esordio dopo l'uso di un farmaco, moderata).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica principale è un disturbo del funzionamento sessuale che ha una relazione temporale con l'inizio dell'uso, l'aumento della dose o la sospensione di una sostanza/farmaco.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Le disfunzioni sessuali possono verificarsi in associazione a un'intossicazione dovuta alle seguenti classi di sostanze: alcol, oppiacei, sedativi, ipnotici o ansiolitici; stimolanti (compresa la cocaina); e altre (o sconosciute) sostanze. Le disfunzioni sessuali possono verificarsi in associazione all'astinenza dalle seguenti classi di sostanze: alcol; oppiacei; sedativi, ipnotici o ansiolitici; e altre (o sconosciute) sostanze. I farmaci che possono indurre disfunzioni sessuali comprendono gli antidepressivi, gli antipsicotici e i contraccettivi ormonali.

L'effetto collaterale più comunemente riferito dei farmaci antidepressivi è la difficoltà di orgasmo o di eiaculazione. Problemi riguardanti il desiderio e l'erezione sono meno frequenti. Circa il 30% dei sintomi sessuali è clinicamente significativo. Alcuni agenti, come il bupropione e la mirtazapina, non sembrano essere associati a effetti collaterali riguardanti la sessualità.

I problemi sessuali associati a farmaci antipsicotici, compresi i problemi di desiderio sessuale, erezione, lubrificazione, eiaculazione o orgasmo, si sono verificati sia con i principi attivi tipici sia con quelli atipici. Tuttavia, i problemi sono meno comuni con gli agenti antipsicotici che non incidono sul livello di prolattina che con quelli che ne provocano un innalzamento significativo.

Anche se gli effetti degli stabilizzatori dell'umore sul funzionamento sessuale non sono chiari, è possibile che il litio e gli anticonvulsivanti, con l'eventuale eccezione della lamotrigina, abbiano effetti avversi sul desiderio sessuale. Problemi di orgasmo possono verificarsi con il gabapentin. Allo stesso modo, una maggiore prevalenza dei problemi di erezione e di orgasmo può essere associata alle benzodiazepine. Niente di simile è stato riferito con il buspirone.

Molti farmaci non psichiatrici, come gli agenti cardiovascolari, citotossici, gastrointestinali e ormonali, sono associati a disturbi del funzionamento sessuale. L'uso di sostanze illecite è associato a diminuzione del desiderio sessuale, disfunzione erettile e difficoltà nel raggiungere l'orgasmo. Disfunzioni sessuali vengono osservate anche negli individui trattati con metadone, ma raramente sono state riferite da pazienti in trattamento con buprenorfina. L'abuso cronico di alcol e l'abuso cronico di nicotina sono associati a problemi di erezione.

Prevalenza

La prevalenza e l'incidenza della disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci non sono chiare, probabilmente a causa delle mancate segnalazioni degli effetti collaterali sessuali della terapia d'urgenza. I dati sulla disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci riguardano tipicamente gli effetti dei farmaci antidepressivi. La prevalenza della disfunzione sessuale indotta da un antidepressivo varia in parte a seconda dell'agente specifico. Dal 25 all'80% circa degli individui che assumono inibitori delle monoaminossidasi, antidepressivi triciclici, antidepressivi serotoninergici e antidepressivi combinati serotoninergici-adrenergici riferisce effetti collaterali sessuali. Ci sono differenze nell'incidenza degli effetti collaterali sessuali tra alcuni farmaci serotoninergi-

ci e antidepressivi combinati serotoninergici-adrenergici, anche se non è chiaro se tali differenze sono clinicamente significative.

Circa il 50% degli individui che assumono farmaci antipsicotici farà esperienza di effetti collaterali sessuali avversi, compresi problemi di desiderio sessuale, erezione, lubrificazione, eiaculazione o di orgasmo. L'incidenza di questi effetti indesiderati per i diversi agenti antipsicotici non è chiara.

L'esatta prevalenza e l'incidenza delle disfunzioni sessuali tra coloro che utilizzano farmaci non psichiatrici, come gli agenti cardiovascolari, citotossici, gastrointestinali e ormonali, sono sconosciute. Tassi elevati di disfunzione sessuale sono stati riferiti con il metadone o con farmaci oppiacei impiegati ad alto dosaggio per il dolore. In associazione all'uso di sostanze illecite vi è l'aumento di tassi di diminuzione del desiderio sessuale, disfunzione erettile e difficoltà a raggiungere l'orgasmo. La prevalenza dei problemi sessuali appare correlata alla tossicodipendenza cronica e sembra essere maggiore negli individui che abusano di eroina (circa il 60-70%) rispetto agli individui che abusano di amfetamine o di 3,4-metilenediossimetamfetamina (cioè MDMA/ecstasy). Tassi elevati di disfunzione sessuale vengono osservati anche negli individui trattati con metadone, ma sono raramente riferiti da pazienti in trattamento con buprenorfina. L'abuso cronico di alcol e di nicotina è correlato a maggiori tassi di problemi di erezione.

Sviluppo e decorso

L'esordio della disfunzione sessuale indotta da antidepressivo può avvenire dopo 8 giorni dalla prima assunzione dell'agente. Circa il 30% degli individui con ritardo dell'orgasmo lieve o moderato farà esperienza di remissione spontanea della disfunzione entro 6 mesi. In alcuni casi, la disfunzione sessuale indotta da inibitori della ricaptazione della serotonina può persistere dopo che il farmaco viene sospeso. Il tempo di esordio delle disfunzioni sessuali dopo l'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici o di sostanze di abuso è sconosciuta. È probabile che gli effetti avversi di nicotina e alcol possano comparire dopo anni di utilizzo. Dopo la cessazione dell'uso di oppiacei può a volte verificarsi eiaculazione precoce. Alcune prove evidenziano che i disturbi del funzionamento sessuale correlati all'uso di sostanze/farmaci aumentano con l'età.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Ci può essere un'interazione tra i fattori culturali, l'influenza dei farmaci sul funzionamento sessuale e la risposta dell'individuo a tali cambiamenti.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Possono esistere alcune differenze tra i generi negli effetti collaterali sessuali.

Conseguenze funzionali della disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci

Le disfunzioni sessuali indotte da farmaci possono mettere a rischio la compliance.

Diagnosi differenziale

Disfunzioni sessuali non indotte da sostanze/farmaci. Molti stati mentali, come la depressione, il disturbo bipolare, l'ansia e i disturbi psicotici, sono associati a disturbi del funzionamento sessuale. Pertanto, può essere molto difficile differenziare una

disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci da una manifestazione del disturbo mentale sottostante. Di solito la diagnosi viene posta se si osserva una stretta relazione con l'inizio dell'assunzione della sostanza/farmaco o con la sospensione. È possibile porre una diagnosi chiara se il problema si verifica dopo l'inizio dell'assunzione della sostanza/farmaco, scompare con la sospensione della sostanza/farmaco e si ripresenta con l'assunzione dello stesso agente. La maggior parte degli effetti indesiderati indotti da sostanze/farmaci si verifica poco dopo l'inizio o la sospensione. Può essere estremamente difficile diagnosticare con certezza gli effetti collaterali sessuali che si verificano solo dopo l'uso cronico di una sostanza/farmaco.

Disfunzione sessuale con altra specificazione 302.79 (F52.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di una disfunzione sessuale, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica delle disfunzioni sessuali. La categoria disfunzione sessuale con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuna specifica disfunzione sessuale. Questo viene fatto registrando "disfunzione sessuale con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "avversione sessuale").

Disfunzione sessuale senza specificazione 302.70 (F52.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di una disfunzione sessuale, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica delle disfunzioni sessuali. La categoria disfunzione sessuale senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per una specifica disfunzione sessuale non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disforia di genere

Questo capitolo è interamente dedicato alla diagnosi di disforia di genere, con set di criteri evolutivi appropriatamente differenziati per bambini, adolescenti e adulti. L'ambito del sesso e del genere è fortemente controverso e ha portato a una proliferazione di termini il cui significato varia non solo nel tempo, ma anche all'interno di una stessa disciplina e tra una disciplina e l'altra. Un'ulteriore fonte di confusione è costituita dal fatto che la parola "sesso" indica sia l'essere maschio/femmina sia la sessualità. Questo capitolo impiega i termini e i concetti utilizzati dai clinici delle varie discipline con una specializzazione in questo settore. Inoltre, i termini *sesso* e *sessuale* sono riferiti agli indicatori biologici di maschio e femmina (considerati nel contesto della capacità riproduttiva), come i cromosomi sessuali, le gonadi, gli ormoni sessuali e gli organi genitali sia interni sia esterni non ambigui. Disturbi legati allo sviluppo sessuale indicano una condizione di deviazioni somatiche congenite dalla norma del tratto riproduttivo e/o discrepanze tra gli indicatori biologici di maschio o femmina. Il trattamento con ormoni del *sesso opposto* indica l'utilizzo di ormoni femminilizzanti in un individuo a cui alla nascita è stato assegnato il sesso maschile sulla base di indicatori biologici tradizionali o l'utilizzo di ormoni mascolinizzanti in un individuo a cui alla nascita è stato assegnato il sesso femminile.

La necessità di introdurre il termine *genere* è sorta dalla constatazione che per gli individui con indicatori biologici sessuali contrastanti o ambigui (per es., *intersex*) il ruolo vissuto nella società e/o l'identificazione come maschio o femmina non possono essere associati o predetti tout court dagli indicatori biologici classici e, inoltre, che alcuni individui sviluppano un'identità come maschio o come femmina in contrasto con il loro set uniforme di indicatori biologici tradizionali. Di conseguenza, il termine *genere* è utilizzato per indicare il ruolo pubblico vissuto (e generalmente riconosciuto dal punto di vista legale) come bambino o bambina, uomo o donna, ma, contrariamente ad alcune teorie socio-costruzioniste, i fattori biologici sono considerati un contributo, in interazione con fattori sociali e psicologici, allo sviluppo del genere. *Assegnazione di genere* si riferisce all'assegnazione iniziale di maschio o femmina. Questo accade solitamente alla nascita, e con ciò si determina il "genere assegnato alla nascita". L'espressione *atipico rispetto al genere* si riferisce a caratteristiche somatiche o comportamenti che non sono tipici (in senso statistico) di individui con la medesima assegnazione di genere in una determinata società e in un determinato periodo storico; un termine descrittivo alternativo rispetto al comportamento è *non conforme al genere*. *Riassegnazione del genere* indica un cambiamento di genere ufficiale (e di solito legale). *Identità*

di genere è una categoria di identità sociale e si riferisce all'identificazione di un individuo come maschio, femmina o, a volte, come appartenente a categorie diverse da maschio e femmina. *Disforia di genere*, come termine descrittivo generale, si riferisce al disagio affettivo/cognitivo in relazione al genere assegnato, ma assume una specificità maggiore quando viene utilizzato come categoria diagnostica. *Transgender* si riferisce all'ampio spettro di individui che si identificano in modo transitorio o persistente con un genere diverso da quello assegnato alla nascita. *Transessuale* indica un individuo che desidera attuare o ha attuato una transizione sociale da maschio a femmina o da femmina a maschio, che in molti casi, anche se non in tutti, comporta una transizione somatica per mezzo di un trattamento con ormoni del sesso opposto e chirurgia degli organi genitali (*chirurgia della riassegnazione sessuale*).

Disforia di genere si riferisce alla sofferenza che può accompagnare l'incongruenza tra il genere esperito o espresso da un individuo e il genere assegnato. Anche se non tutti gli individui soffrono per tale incongruenza, molti soffrono se non riescono a ottenere gli interventi fisici desiderati attraverso un trattamento ormonale e/o chirurgico. Il termine attuale è più descrittivo rispetto al precedente termine *disturbo dell'identità di genere* utilizzato dal DSM-IV e si concentra sulla disforia come problema clinico e non sull'identità in sé.

Disforia di genere

Criteri diagnostici

Disforia di genere nei bambini 302.6 (F64.2)

A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno sei dei seguenti criteri (di cui uno deve necessariamente essere il Criterio A1):

1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
2. Nei bambini (genere assegnato), una forte preferenza per il travestimento con abbigliamento tipico del genere opposto o per la simulazione dell'abbigliamento femminile; nelle bambine (genere assegnato), una forte preferenza per l'indossare esclusivamente abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza a indossare abbigliamento tipicamente femminile.
3. Una forte preferenza per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi del "far finta" o di fantasia.
4. Una forte preferenza per giocattoli, giochi o attività stereotipicamente utilizzati o praticati dal genere opposto.
5. Una forte preferenza per compagni di gioco del genere opposto.
6. Nei bambini (genere assegnato), un forte rifiuto per giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili, e un forte evitamento dei giochi in cui ci si azzuffa; nelle bambine (genere assegnato), un forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili.
7. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale.
8. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie corrispondenti al genere esperito.

B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti.

Specificare se:

Con un disturbo dello sviluppo sessuale (per es., un disturbo adrenogenitale congenito come iperplasia surrenale congenita 255.2 [E25.0] oppure sindrome da insensibilità agli androgeni 259.50 [E34.50]).

Nota di codifica: Codificare sia il disturbo dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.

Disforia di genere negli adolescenti e negli adulti 302.85 (F64.1)

A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:

1. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie attese.
2. Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso di un individuo (oppure, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese).
3. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto.
4. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
5. Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
6. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se:

Con un disturbo dello sviluppo sessuale (per es., un disturbo adrenogenitale congenito come iperplasia surrenale congenita 255.2 [E25.0] oppure sindrome da insensibilità agli androgeni 259.50 [E34.50]).

Nota di codifica: Codificare sia il disturbo dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.

Specificare se:

Post-transizione: L'individuo è passato a vivere a tempo pieno il genere desiderato (con o senza riconoscimento legale del cambiamento di genere) e si è sottoposto (oppure si sta preparando a sottoporsi) ad almeno una procedura medica di riassegnazione sessuale o a un protocollo di trattamento, vale a dire un regolare trattamento con ormoni del sesso opposto o un intervento chirurgico di riassegnazione del genere in accordo al genere desiderato (per es., penectomia, vaginoplastica in un individuo nato maschio; mastectomia o falloplastica in un individuo nato femmina).

Specificatori

Lo specificatore per la post-transizione può essere utilizzato nel contesto di procedure di trattamento continuative che hanno la funzione di supportare l'assegnazione del nuovo genere.

Caratteristiche diagnostiche

Gli individui con disforia di genere mostrano una marcata incongruenza tra il genere che è stato loro assegnato (solitamente alla nascita, *genere assegnato alla nascita*) e il genere da loro esperito/espresso. Questa discrepanza è la componente principale della diagnosi. Inoltre, deve esserci evidenza di una sofferenza legata a questa discrepanza. Il genere esperito può comprendere identità di genere alternative che vanno al di là degli stereotipi binari. Di conseguenza, la sofferenza non si limita al desiderio di appartenere semplicemente al genere opposto, ma può comprendere un desiderio di appartenere a un genere alternativo, purché differisca dal genere assegnato all'individuo.

La disforia di genere si manifesta in modo differente nelle diverse fasce di età. Bambine in età prepuberale nate femmine con disforia di genere possono esprimere il desiderio di essere un bambino, affermare di essere un bambino, oppure sostenere che da grandi diventeranno un uomo. Preferiscono l'abbigliamento e le pettinature maschili, spesso sono percepite dagli estranei come bambini, e possono chiedere di essere chiamate con nomi maschili. Di solito, manifestano intense reazioni negative nei confronti dei tentativi dei genitori di far loro indossare vestiti o altri capi femminili. Alcune possono rifiutare di frequentare la scuola o partecipare ad altri eventi sociali in cui è richiesto tale abbigliamento. Queste bambine possono manifestare una marcata identificazione con il genere opposto nella scelta dei ruoli durante i giochi, nei sogni e nelle fantasie. Molto spesso preferiscono sport di contatto, giochi in cui ci si azzuffa, giochi tradizionalmente maschili, e scelgono compagni di gioco maschi. Esse mostrano scarso interesse per giocattoli (per es., bambole) e attività (per es., vestirsi o assumere ruoli da donna) stereotipicamente femminili. Occasionalmente rifiutano di urinare in posizione seduta. Alcune bambine nate femmine possono esprimere il desiderio di avere un pene o affermare di averne uno oppure che gliene crescerà uno quando saranno più grandi. Possono anche sostenere che non vogliono che cresca loro il seno o vengano le mestruazioni.

Bambini in età prepuberale nati maschi con disforia di genere possono esprimere il desiderio di essere una bambina, affermare di essere una bambina, oppure sostenere che da grandi diventeranno una donna. Preferiscono indossare abiti da ragazza o da donna, o possono improvvisare l'abbigliamento con i materiali a disposizione (per es., utilizzando asciugamani, grembiuli e sciarpe per simulare capelli lunghi o gonne). Questi bambini possono imitare figure femminili (per es., giocare "alla mamma") e sono spesso molto interessati a personaggi di fantasia femminili. Molto spesso preferiscono attività tradizionalmente femminili, giochi e passatempi stereotipicamente femminili (per es., giocare "alla casa"; disegnare immagini femminili; guardare programmi televisivi o video dei personaggi femminili preferiti). Le bambole con sembianze stereotipicamente femminili (per es., Barbie) sono spesso i loro giocattoli favoriti, e i loro compagni di gioco preferiti sono le bambine. Evitano i giochi in cui ci si azzuffa e gli sport competitivi, e hanno scarso interesse per i giocattoli stereotipicamente maschili (per es., macchine, camion). Alcuni possono affermare di non avere il pene e insistono per urinare seduti. Più raramente possono sostenere di trovare disgustoso il proprio pene o i testicoli, di volersene sbarazzare, oppure di avere, o di desiderare di avere, una vagina.

Le caratteristiche cliniche nei giovani adolescenti con disforia di genere possono assomigliare a quelle dei bambini o degli adulti con la stessa condizione, a seconda del livello di sviluppo. Dal momento che le caratteristiche sessuali secondarie dei giovani adolescenti non sono ancora completamente sviluppate, questi individui possono non esprimere un disgusto per esse, ma mostrano una preoccupazione per gli imminenti cambiamenti fisici.

Negli adulti con disforia di genere, la discrepanza tra il genere esperito e le caratteristiche sessuali fisiche è spesso accompagnata, anche se non sempre, da un desiderio di liberarsi delle caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie, e/o un forte desiderio di acquisire le caratteristiche primarie e/o secondarie del genere opposto. Gli adulti con disforia di genere possono adottare, a vari livelli, il comportamento, l'abbigliamento e i manierismi del genere esperito. Si sentono a disagio quando sono considerati dagli altri, oppure quando devono comportarsi in società, come membri del genere che è stato loro assegnato. Alcuni adulti possono avere il forte desiderio di appartenere a un genere diverso e di essere trattati come tali, e possono avere la certezza interiore di provare e avere reazioni corrispondenti al genere esperito senza cercare un trattamento medico per modificare le caratteristiche del corpo. Possono trovare altre modalità per risolvere l'incongruenza tra il genere esperito/espresso e il genere assegnato, vivendo parzialmente il ruolo desiderato oppure adottando un ruolo di genere che non si configura convenzionalmente né maschile né femminile.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Quando si sviluppano i segni visibili della pubertà, i ragazzi nati maschi possono depilarsi le gambe ai primi segni di crescita di peli. A volte si bendano i genitali per rendere meno visibili le erezioni. Le ragazze possono bendarsi il seno, camminare curve, utilizzare maglioni larghi per renderlo meno visibile. Sono sempre di più gli adolescenti che richiedono, o possono ottenere senza prescrizione medica o supervisione, dei soppressori ormonali ("bloccanti") degli steroidi gonadici (per es., l'analogo dell'ormone di rilascio delle gonadotropine [GnRH], lo spironolattone). Gli adolescenti giunti all'osservazione clinica vogliono spesso un trattamento ormonale e molti desiderano un intervento chirurgico di riassegnazione del genere. Gli adolescenti che vivono in un contesto accettante possono esprimere apertamente il desiderio di essere ed essere trattati in accordo al genere esperito e vestire in parte o completamente come il genere esperito, avere un'acconciatura tipica del genere esperito, cercare preferibilmente amicizie con coetanei del genere opposto e/o scegliere un nuovo nome che sia coerente con il genere esperito. Gli adolescenti più grandi, quando sono sessualmente attivi, di solito non mostrano o non permettono ai partner di toccare i propri organi sessuali. Per gli adulti con un'avversione verso i propri genitali, l'attività sessuale è condizionata dalla preferenza che i propri genitali non siano visti o toccati dai partner. Alcuni adulti possono richiedere sia un trattamento ormonale (a volte senza prescrizione medica e supervisione) sia un intervento chirurgico di riassegnazione del genere. Altri sono soddisfatti o dal solo trattamento ormonale o dal solo intervento chirurgico.

Adolescenti e adulti con disforia di genere che non si sono ancora sottoposti a una riassegnazione del genere presentano un maggiore rischio di ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e suicidio. Dopo la riassegnazione del genere, l'adattamento può variare e può persistere il rischio di suicidio.

Prevalenza

Per gli adulti nati maschi, la prevalenza varia da 0,005 a 0,014%, per le nate femmine da 0,002 a 0,003%. Dal momento che non tutti gli adulti che richiedono un trattamento ormonale e un intervento chirurgico di riassegnazione del genere si rivolgono alle cliniche specializzate, questi tassi sono probabilmente sottostimati. Le differenze di sesso nel tasso di rinvii a cliniche specializzate variano per fasce di età. Nei bambini, il rapporto tra i nati maschi e le nate femmine varia da 2:1 a 4,5:1. Negli adolescenti, il

rapporto si avvicina alla parità; negli adulti, il rapporto è a favore dei nati maschi, con tassi che variano da 1:1 a 6,1:1. In due paesi, il rapporto sembra a favore delle nate femmine (Giappone: 2,2:1; Polonia: 3,4:1).

Sviluppo e decorso

Poiché la manifestazione della disforia di genere varia con l'età, esistono set di criteri distinti per bambini, adolescenti e adulti. I criteri per i bambini sono definiti in una più concreta modalità comportamentale rispetto ai criteri per gli adolescenti e per gli adulti. Molti dei criteri principali si basano su ben documentate differenze comportamentali di genere tra lo sviluppo tipico di bambini e bambine. I bambini piccoli hanno meno probabilità di manifestare una disforia anatomica estrema e persistente rispetto a bambini più grandi, adolescenti e adulti. Negli adolescenti e negli adulti, l'incongruenza tra genere esperito e sesso anatomico è una caratteristica centrale della diagnosi. Anche i fattori legati alla sofferenza e alla compromissione variano con l'età. Un bambino molto piccolo può mostrare segni di sofferenza (per es., un pianto intenso) solo quando i genitori gli dicono che non è "realmente" un membro del genere opposto, ma che "desidera" solamente esserlo. La sofferenza potrebbe non essere manifesta in ambienti sociali che supportano il desiderio del bambino di vivere nel ruolo del genere opposto e può emergere solo se il desiderio viene ostacolato. Negli adolescenti e negli adulti, la sofferenza può manifestarsi a causa della forte incongruenza tra genere esperito e sesso anatomico. Tuttavia, una tale sofferenza può essere mitigata da contesti accoglienti e dalla conoscenza dell'esistenza di trattamenti biomedici in grado di ridurre l'incongruenza. La compromissione (per es., rifiuto scolastico, sviluppo di depressione, ansia e abuso di sostanze) può essere una conseguenza della disforia di genere.

Disforia di genere senza un disturbo dello sviluppo sessuale. Per i bambini giunti all'osservazione clinica, l'esordio di comportamenti del genere opposto avviene solitamente tra i 2 e i 4 anni. Questo corrisponde al periodo di sviluppo in cui la maggior parte dei bambini con sviluppo tipico comincia a manifestare i comportamenti e gli interessi legati al genere. In alcuni bambini in età prescolare possono essere presenti sia comportamenti pervasivi del genere opposto sia l'espressione del desiderio di appartenere al genere opposto, oppure, più raramente, può accadere che si definiscano come membri del genere opposto. In alcuni casi, l'espressione del desiderio di appartenere al genere opposto appare più tardi, solitamente con l'ingresso nella scuola elementare. Una piccola minoranza di bambini esprime disagio nei confronti della propria anatomia sessuale o esprime il desiderio di avere un'anatomia sessuale corrispondente al genere esperito ("disforia anatomica"). Le manifestazioni di disforia anatomica diventano più comuni quando i bambini con disforia di genere si avvicinano e si immaginano la pubertà.

I tassi di persistenza della disforia di genere dall'età infantile all'adolescenza o all'età adulta sono variabili. Negli individui nati maschi, la persistenza varia da 2,2 a 30%. Negli individui nati femmine, la persistenza varia da 12 a 50%. La persistenza della disforia di genere è moderatamente correlata alle relazioni dimensionali di gravità accertata al momento della prima valutazione (baseline) effettuata in età infantile. In un campione di individui nati maschi, anche un background socioeconomico più basso era moderatamente correlato alla persistenza. Non è chiaro se particolari approcci terapeutici per la disforia di genere nei bambini siano correlati ai tassi di persistenza a lungo termine. I campioni esistenti di follow-up sono costituiti da bambini che non hanno ricevuto un intervento terapeutico formale o che hanno ricevuto interventi terapeutici di vario tipo, da sforzi attivi nel ridurre la disforia di genere a un approccio più neutro, basato su un'attenta attesa. Non è chiaro se i bambini sostenuti o "incoraggiati" a vivere socialmente nel genere desiderato mostreranno maggiori tassi di persistenza, dal momento che questi bambini non sono stati seguiti longitudinalmente in modo sistematico. I bambini che mostrano una persistenza, sia nati maschi sia nati femmine, sono quasi tutti sessualmente attratti da individui del loro sesso di nascita. La maggior parte dei bambini nati maschi in cui la disforia di genere non persiste è *androfilica* (attratti sessualmente da maschi) e spesso si autoidentificano come gay o omosessuali (variando da 63 a 100%). Nelle bambine nate femmine in cui la disforia di genere non persiste, la percentuale *ginofilica* (attratte sessualmente da femmine) e che si autoidentifica come lesbica è minore (variando da 32 a 50%).

Sia negli adolescenti sia negli adulti nati maschi esistono due ampie traiettorie per lo sviluppo della disforia di genere: con esordio precoce o con esordio tardivo. La *disforia di genere con esordio precoce* inizia in età infantile e perdura fino all'adolescenza e all'età adulta; oppure è presente un periodo intermittente in cui la disforia di genere recede e questi individui si autoidentificano come gay o omosessuali, seguito dalla ricomparsa della disforia di genere. La *disforia di genere con esordio tardivo* si presenta verso la pubertà o molto più avanti negli anni. Alcuni di questi individui riferiscono di aver avuto in età infantile il desiderio di appartenere al genere opposto ma di non averlo espresso verbalmente ad altre persone. Altri non ricordano alcun segno di disforia di genere in età infantile. I genitori di adolescenti maschi con disforia di genere con esordio tardivo riferiscono spesso una certa sorpresa, in quanto non hanno notato segni di disforia di genere in età infantile. Le espressioni di disforia anatomica sono più comuni e salienti negli adolescenti e negli adulti dopo lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie.

Adolescenti e adulti nati maschi con disforia di genere con esordio precoce sono quasi sempre attratti sessualmente dagli uomini (androfilici). Adolescenti e adulti con disforia di genere con esordio tardivo mettono spesso in atto comportamenti di travestimento con eccitazione sessuale. La maggior parte di questi individui è ginofilica o attratta sessualmente da altri individui post-transizione nati maschi e con disforia di genere con esordio tardivo. Una consistente percentuale di maschi adulti con disforia di genere con esordio tardivo convive o è sposata con donne nate femmine. Successivamente alla transizione di genere molti si autoidentificano come lesbiche. Tra gli adulti nati maschi con disforia di genere, il gruppo con esordio precoce ricerca assistenza clinica per ottenere un trattamento ormonale e un intervento chirurgico di riassegnazione di genere a un'età antecedente rispetto al gruppo con esordio tardivo. Il gruppo con esordio tardivo può presentare più fluttuazioni nel grado della disforia di genere e può essere più ambivalente rispetto a – e meno soddisfatto dopo – un intervento chirurgico di riassegnazione di genere.

Sia negli adolescenti sia negli adulti nati femmine, il decorso più comune è quello dell'esordio precoce della disforia di genere. La forma con esordio tardivo è molto meno comune in chi nasce femmina rispetto a chi nasce maschio. Come negli individui nati maschi con disforia di genere, è possibile che ci sia stato un periodo in cui la disforia di genere ha avuto una remissione e questi individui si sono autoidentificati come lesbiche; in ogni caso, con la ricomparsa della disforia di genere è richiesto un consulto clinico, spesso con il desiderio di ottenere un trattamento ormonale e un intervento di riassegnazione chirurgica. I genitori di adolescenti nati femmine con la forma con esordio tardivo possono riferire una certa sorpresa, in quanto non vi erano segni evidenti di disforia di genere. Manifestazioni di disforia anatomica sono molto più comuni e salienti negli adolescenti e negli adulti che nei bambini.

Adolescenti e adulte nate femmine con disforia di genere con esordio precoce sono quasi sempre ginefiliche. Adolescenti e adulte con disforia di genere con esordio tardivo sono solitamente androfiliche e, dopo la riassegnazione di genere, si autoidentificano come uomini gay. Le nate femmine con la forma con esordio tardivo non presentano un concomitante comportamento di travestimento con eccitazione sessuale.

Disforia di genere in associazione a un disturbo dello sviluppo sessuale. La maggior parte degli individui con un disturbo dello sviluppo sessuale che sviluppano la disforia di genere è già stata sottoposta ad attenzione medica nell'infanzia. Per molti, i problemi legati all'assegnazione del genere, che hanno inizio alla nascita, sono stati sollevati da medici e genitori. Inoltre, dato che l'infertilità è molto comune per questo gruppo, i medici sono più propensi a eseguire trattamenti con ormoni del sesso opposto e interventi chirurgici ai genitali prima dell'età adulta.

In genere, i disturbi dello sviluppo sessuale sono associati a comportamenti atipici rispetto al genere che hanno inizio nella prima infanzia. Comunque, nella maggior parte dei casi, questo non porta a disforia di genere. Quando diventano consapevoli della propria storia medica e della propria condizione, molti individui con un disturbo dello sviluppo sessuale esperiscono un'incertezza riguardo al loro genere, anziché sviluppare una ferma convinzione di appartenere a un altro genere. In ogni caso, la maggior parte non intraprende il percorso della transizione di genere. La disforia di genere e la transizione di genere possono variare considerevolmente in funzione di un disturbo dello sviluppo sessuale, della sua gravità e del genere assegnato.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Per gli individui con disforia di genere senza un disturbo dello sviluppo sessuale, un comportamento atipico rispetto al genere tra gli individui con disforia di genere con esordio precoce si sviluppa nell'età prescolare, ed è possibile che un alto grado di atipicità renda più probabile lo sviluppo della disforia di genere e la sua persistenza in adolescenza e in età adulta.

Fattori ambientali. Tra gli individui con disforia di genere senza un disturbo dello sviluppo sessuale, i maschi con disforia di genere (sia in età infantile sia in adolescenza) hanno più comunemente fratelli maggiori rispetto ai maschi senza tale condizione. Ulteriori fattori predisponenti presi in considerazione, soprattutto negli individui con disforia di genere con esordio tardivo (adolescenza, età adulta), comprendono un abituale travestimento feticistico che si sviluppa nell'autoginofilia (per es., eccitazione sessuale associata al pensiero o all'immagine di se stessi come donna) e altri tipi di problemi più generali di ordine sociale, psicologico o evolutivo.

Fattori genetici e fisiologici. Per gli individui con disforia di genere senza un disturbo dello sviluppo sessuale, un certo contributo genetico è suggerito dall'evidenza di una (debole) familiarità per il transessualismo tra fratelli non gemelli, una maggiore concordanza per il transessualismo nei gemelli monozigoti rispetto a gemelli dizigoti dello stesso sesso, e un certo grado di ereditabilità della disforia di genere. Per quanto riguarda i dati endocrinologici, non sono state riscontrate anomalie sistemiche endogene nei livelli di ormone sessuale in individui 46,XY, mentre sembrano esserci aumentati livelli di androgeni (nel range osservato nelle donne irsute, ma ben al di sotto dei normali livelli maschili) negli individui 46,XX. In generale, i dati di ricerca attuali risultano insufficienti per classificare la disforia di genere senza un disturbo dello sviluppo sessuale come una forma di intersessualità limitata al sistema nervoso centrale.

Nella disforia di genere associata a un disturbo dello sviluppo sessuale, la probabilità di sviluppare in seguito una disforia di genere è aumentata se la produzione e l'utilizzo prenatali (attraverso la sensibilità recettoriale) di androgeni sono largamente atipici rispetto a ciò che solitamente si osserva in individui con lo stesso genere assegnato. Gli esempi includono individui 46,XY con una storia di un normale milieu ormonale maschile prenatale, ma difetti genitali non ormonali congeniti (come nell'estrofia vescicale cloacale o agenesia del pene) e che sono stati assegnati al genere femminile. La probabilità di disforia di genere è ulteriormente aumentata dall'esposizione post-natale aggiuntiva, prolungata e altamente atipica rispetto al genere, agli androgeni, con virilizzazione somatica, come può accadere in individui 46,XY cresciuti come femmine e non castrati con deficienza di 5-alfa reduttasi-2 o con deficienza di 17-beta-idrossisteroido deidrogenasi-3 oppure in individui 46,XX cresciuti come femmine con una classica iperplasia surrenale congenita e prolungati periodi di non aderenza alla terapia sostitutiva dei glucocorticoidi. Tuttavia, il milieu prenatale di androgeni è più strettamente legato al comportamento di genere piuttosto che all'identità di genere. Molti individui con disturbi dello sviluppo sessuale e marcati comportamenti che risultano atipici rispetto al genere non sviluppano la disforia di genere. Perciò, il comportamento atipico rispetto al genere in sé non dovrebbe essere interpretato come un indicatore di attuale o futura disforia di genere. Sembra esserci un tasso più alto di disforia di genere e di cambiamento di genere voluto dal paziente dal genere assegnato femminile a quello maschile rispetto a quello dal genere assegnato maschile al femminile in individui 46,XY con un disturbo dello sviluppo sessuale.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Individui con disforia di genere sono stati segnalati in molti paesi e culture. L'equivalente della disforia di genere è stato segnalato anche in individui che vivono all'interno di culture in cui esistono categorie di genere istituzionalizzate diverse da maschio o femmina. Non è chiaro se in questi individui i criteri diagnostici per la disforia di genere siano soddisfatti.

Marker diagnostici

Gli individui con un disturbo somatico dello sviluppo sessuale mostrano alcune correlazioni dell'esito finale dell'identità di genere al grado di produzione e utilizzazione di androgeni prenatali. Tuttavia, la correlazione al fattore biologico non è abbastanza forte, dove accertabile, per rinunciare a un'intervista diagnostica per la valutazione dettagliata e completa della disforia di genere.

Conseguenze funzionali della disforia di genere

Le preoccupazioni relative ai desideri di appartenere al genere opposto possono svilupparsi a tutte le età dopo i primi 2/3 anni di infanzia e spesso interferiscono con le attività quotidiane. Nei bambini più grandi, l'incapacità di sviluppare relazioni tra pari e competenze tipiche dell'età e del sesso di appartenenza può portare all'isolamento dal gruppo dei pari e alla sofferenza. Alcuni bambini possono rifiutare di andare a scuola per non essere presi in giro o molestati, o per le pressioni a indossare un abbigliamento associato al loro genere assegnato. Anche negli adolescenti e negli adulti, preoccupazioni relative ai desideri di appartenere al genere opposto spesso interferiscono con le attività quotidiane. Sono comuni difficoltà relazionali, inclusi problemi legati alle relazioni sessuali, e il rendimento scolastico e lavorativo può essere compromesso. La disforia di genere, insieme all'espressione atipica del genere, è associata ad alti livelli di

stigmatizzazione, discriminazione e vittimizzazione, portando a una concezione di sé negativa, aumento del rischio di comorbilità con altri disturbi mentali, abbandono scolastico e marginalizzazione economica, compresa la disoccupazione, con concomitanti rischi sociali e di salute mentale, soprattutto in individui che provengono da famiglie con un background disagiato. Inoltre, l'accesso di questi individui ai servizi sanitari e ai servizi di salute mentale può essere impedito da barriere strutturali, come il disagio istituzionale oppure l'inesperienza nel lavorare con questa popolazione di pazienti.

Diagnosi differenziale

Non conformità ai ruoli di genere. La disforia di genere dovrebbe essere distinta dalla semplice non conformità a comportamenti di ruolo di genere stereotipati, dal forte desiderio di appartenere a un altro genere rispetto a quello assegnato e dal grado e dalla pervasività di attività e interessi varianti rispetto al genere. La diagnosi non è pensata per descrivere semplicemente la non conformità al comportamento stereotipato del ruolo di genere (per es., fare il "maschiaccio" nelle bambine/ragazze, comportarsi da "femminuccia" nei bambini/ragazzi, travestirsi occasionalmente in uomini adulti). Data la maggiore apertura di espressioni atipiche rispetto al genere da parte degli individui appartenenti all'intero arco dello spettro transgender, è importante che la diagnosi clinica sia limitata a quegli individui la cui sofferenza e compromissione soddisfano i criteri specificati.

Disturbo da travestitismo. Il disturbo da travestitismo si verifica in adolescenti eterosessuali (o bisessuali) e adulti maschi (raramente nelle femmine), nei quali il comportamento di travestimento genera un'eccitazione sessuale e causa sofferenza e/o compromissione senza mettere in questione il loro genere primario. Esso è talvolta accompagnato da disforia di genere. Un individuo con disturbo da travestitismo, che presenta anche una disforia di genere clinicamente significativa, può ricevere entrambe le diagnosi. In molti casi di disforia di genere con esordio tardivo in individui nati maschi ginefilici, il comportamento di travestimento con eccitazione sessuale ne è un precursore.

Disturbo di dismorfismo corporeo. Un individuo con disturbo di dismorfismo corporeo si concentra sull'alterazione o sulla rimozione di una specifica parte del corpo perché è percepita come formata in modo anormale, non perché rappresenta un genere assegnato che viene ripudiato. Quando le manifestazioni di un individuo soddisfano i criteri sia per la disforia di genere sia per il disturbo di dismorfismo corporeo, è possibile porre entrambe le diagnosi. Gli individui che desiderano che un arto sano venga amputato (definiti da un disturbo dell'integrità dell'identità corporea) perché li fa sentire più "completi", solitamente non desiderano un cambiamento di genere, ma piuttosto desiderano vivere come una persona mutilata o disabile.

Schizofrenia e altri disturbi psicotici. Nella schizofrenia è raro che si verifichino deliri relativi all'appartenere a qualche altro genere. In assenza di sintomi psicotici, l'insistenza di un individuo con disforia di genere nel sostenere di appartenere a un genere diverso dal proprio non è considerata un delirio. La schizofrenia (e altri disturbi psicotici) e la disforia di genere possono essere presenti contemporaneamente.

Altre manifestazioni cliniche. Alcuni individui con un desiderio di demascolinizzazione che sviluppano un'identità di genere alternativa, né maschile né femminile, presentano delle manifestazioni che soddisfano i criteri per la disforia di genere. Tuttavia, alcuni maschi richiedono la castrazione e/o la penectomia per ragioni estetiche o per eliminare gli effetti psicologici degli androgeni senza modificare l'identità maschile; in questi casi, i criteri per la disforia di genere non sono soddisfatti.

Comorbilità

Bambini con disforia di genere inviati all'attenzione clinica mostrano elevati livelli di problemi emotivi e comportamentali – più frequentemente, ansia, disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e depressivi. In bambini in età prepuberale, l'aumento dell'età è associato alla presenza di maggiori problemi comportamentali ed emotivi; ciò è correlato alla crescente non accettazione da parte degli altri di un comportamento variante rispetto al genere. In bambini più grandi, il comportamento variante rispetto al genere porta spesso all'emarginazione da parte dei pari, il che può condurre a maggiori problemi comportamentali. La prevalenza dei problemi legati alla salute mentale differisce tra le culture; queste differenze possono anche essere correlate alle differenze di attitudine verso la varianza di genere nei bambini. Tuttavia, anche in alcune culture non occidentali è stato osservato che l'ansia è relativamente comune in individui con disforia di genere, persino in culture con attitudini di accettazione verso i comportamenti varianti rispetto al genere. Il disturbo dello spettro dell'autismo è maggiormente prevalente in bambini inviati all'attenzione clinica con disforia di genere che nella popolazione generale. Adolescenti con disforia di genere inviati all'attenzione clinica sembrano avere comorbilità con altri disturbi mentali, di cui i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi sono i più comuni. Come nei bambini, il disturbo dello spettro dell'autismo risulta essere maggiormente prevalente in adolescenti con disforia di genere inviati all'attenzione clinica che nella popolazione generale. Adulti con disforia di genere inviati all'attenzione clinica possono mostrare concomitanti problemi di salute mentale, soprattutto disturbi d'ansia e disturbi depressivi.

Disforia di genere con altra specificazione 302.6 (F64.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici della disforia di genere, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per la disforia di genere. La categoria disforia di genere con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per la disforia di genere. Questo viene effettuato registrando "disforia di genere con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "episodio breve di disforia di genere").

Un esempio di manifestazione che può essere specificata utilizzando la dicitura "con altra specificazione" è il seguente:

Il disturbo attuale soddisfa i criteri sintomatologici per la disforia di genere, ma la durata è inferiore a 6 mesi.

Disforia di genere senza specificazione 302.6 (F64.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici della disforia di genere, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per la disforia di genere. La categoria "disforia di genere senza specificazione" è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per la disforia di genere non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

I disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta comprendono condizioni che comportano problemi di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti. Anche altri disturbi nel DSM-5 possono comportare problemi nella regolazione emotiva e/o comportamentale, ma i disturbi di questo capitolo sono i soli in cui questi problemi si manifestano attraverso comportamenti che violano i diritti degli altri (per es., aggressione, distruzione della proprietà) e/o che mettono l'individuo in contrasto significativo con norme sociali o figure che rappresentano l'autorità. Le cause sottostanti dei problemi di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti possono variare notevolmente tra tutti i disturbi di questo capitolo e tra gli individui appartenenti a una determinata categoria diagnostica.

Il capitolo comprende il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo esplosivo intermittente, il disturbo della condotta, il disturbo antisociale di personalità (che è descritto nel capitolo "Disturbi di personalità"), la piromania, la cleptomania e i disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione e senza specificazione. Anche se tutti i disturbi di questo capitolo comportano problemi nella regolazione sia emotiva sia comportamentale, l'origine della differenza tra i disturbi è l'enfasi relativa ai problemi nei due tipi di autocontrollo. Per esempio, i criteri per il disturbo della condotta sono focalizzati in gran parte su comportamenti scarsamente controllati che violano i diritti di altre persone o le principali norme sociali. Molti dei sintomi comportamentali (per es., l'aggressione) possono essere la conseguenza di emozioni scarsamente controllate come la rabbia. All'altro estremo, i criteri diagnostici per il disturbo esplosivo intermittente sono focalizzati in gran parte sul mancato controllo di tale emozione, con esplosioni di rabbia che sono sproporzionate rispetto alle provocazioni interpersonali o di altro genere oppure ad altri fattori stressanti psicosociali. In un punto intermedio rispetto a questi due disturbi si trova il disturbo oppositivo provocatorio, i cui criteri sono più equamente distribuiti tra emozioni (rabbia e irritazione) e comportamenti (di polemica e sfida). La piromania e la cleptomania sono diagnosi, utilizzate meno comunemente, caratterizzate da scarso controllo degli impulsi relativi a specifici comportamenti (dar fuoco o rubare) messi in atto per alleviare la tensione interiore. Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione è una categoria diagnostica applicabile alle condizioni in cui i sintomi di un disturbo della condotta, di un disturbo oppositivo provocatorio o di un altro dei disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta sono presenti, ma il numero di sintomi non raggiunge la soglia diagnostica per uno qualsiasi dei disturbi di questo capitolo, anche se, associata a tali sintomi, viene riscontrata una compromissione clinicamente significativa.

I disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta tendono tutti a essere più comuni nei maschi che nelle femmine, anche se il relativo grado di predominanza maschile può differire sia tra i vari disturbi sia, per uno stesso disturbo, tra età diverse. I disturbi di questo capitolo tendono a manifestarsi per la prima volta durante l'infanzia o l'adolescenza. Infatti, è molto raro che il disturbo della condotta o quello oppositivo provocatorio insorga per la prima volta in età adulta. Esiste una relazione evolutiva tra il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta, in quanto la maggior parte dei casi di disturbo della condotta, o almeno quelli in cui questo si manifesta prima dell'adolescenza, avrebbe in precedenza soddisfatto i criteri per il disturbo oppositivo provocatorio. Tuttavia, la maggior parte dei bambini con disturbo oppositivo provocatorio non sviluppa successivamente un disturbo della condotta. Inoltre, i bambini con disturbo oppositivo provocatorio sono a rischio di sviluppare in seguito altri problemi oltre al disturbo della condotta, tra cui i disturbi d'ansia e depressivi.

Molti dei sintomi che definiscono i disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta consistono in comportamenti che possono verificarsi in certa misura durante il normale sviluppo degli individui. Perciò, per poter valutare se rappresentano i sintomi di un disturbo, è fondamentale che la frequenza, la persistenza, la pervasività nelle diverse situazioni e la compromissione associata ai comportamenti indicativi della diagnosi siano valutate in rapporto a ciò che è ritenuto di norma per l'età, il genere e la cultura dell'individuo. I disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta sono stati collegati a un comune spettro esternalizzante associato a dimensioni di personalità definita *disinibizione* e (inversamente) *repressione* e, in misura minore, con l'emotività negativa. La comunanza di tali dimensioni di personalità condivise potrebbe spiegare l'alto livello di comorbilità tra questi disturbi e la loro frequente comorbilità con quelli da uso di sostanze e con il disturbo antisociale di personalità. Tuttavia, la natura specifica di questa diatesi condivisa che costituisce lo spettro esternalizzante rimane sconosciuta.

Disturbo oppositivo provocatorio 313.81 (F91.3)

Criteri diagnostici

A. Un pattern di umore collerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio o vendicativo che dura da almeno 6 mesi evidenziato dalla presenza di almeno quattro sintomi di qualsiasi tra le seguenti categorie, e manifestato durante l'interazione con almeno un individuo diverso da un fratello.

Umore collerico/irritabile

1. Va spesso in collera.
2. È spesso permaloso/a o facilmente contrariato/a.
3. È spesso adirato/a e risentito/a.

Comportamento polemico/provocatorio

4. Litiga spesso con figure che rappresentano l'autorità o, per i bambini e gli adolescenti, con gli adulti.
5. Spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste provenienti da figure che rappresentano l'autorità o le regole.
6. Spesso irrita deliberatamente gli altri.
7. Spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento.

Vendicatività

8. È stato/a dispettoso/a o vendicativo/a almeno due volte negli ultimi 6 mesi.

Nota: La persistenza e la frequenza di questi comportamenti dovrebbero essere usate per distinguere un comportamento che è entro i limiti della normalità da quello che rappresenta un sintomo. Per i bambini di età inferiore ai 5 anni, il comportamento dovrebbe verificarsi quasi tutti i giorni per un periodo di almeno 6 mesi, se non diversamente specificato (Criterio A8). Per gli individui di 5 anni o maggiori, il comportamento dovrebbe verificarsi almeno una volta alla settimana per almeno 6 mesi, se non diversamente specificato (Criterio A8). Mentre questi criteri forniscono indicazioni sul livello minimo di frequenza per definire i sintomi, anche altri fattori devono essere considerati, come per esempio se la frequenza e l'intensità dei comportamenti sono al di fuori dei limiti considerati normali per il livello di sviluppo, il genere e la cultura dell'individuo.

B. L'anomalia del comportamento è associata a disagio dell'individuo o di altre persone nel suo immediato contesto sociale (per es., famiglia, coetanei, colleghi di lavoro), oppure ha un impatto negativo sul funzionamento in ambito sociale, educativo, lavorativo o in altre aree importanti.

C. I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo psicotico, da uso di sostanze, depressivo o bipolare. Inoltre, non vengono soddisfatti i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: I sintomi sono limitati a un unico ambiente (per es., a casa, a scuola, al lavoro, con i coetanei).

Moderata: Alcuni sintomi sono presenti in almeno due ambienti.

Grave: Alcuni sintomi sono presenti in tre o più ambienti.

Specificatori

Non è raro che gli individui con disturbo oppositivo provocatorio manifestino i sintomi solo a casa e solo con i membri della famiglia. Tuttavia, la pervasività dei sintomi è un indicatore della gravità del disturbo.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo oppositivo provocatorio è un pattern frequente e persistente di umore collerico/irritabile, di comportamento polemico/provocatorio o vendicativo (Criterio A). Non è insolito per gli individui con disturbo oppositivo provocatorio mostrarne le caratteristiche comportamentali senza problemi di umore negativo. Tuttavia, gli individui con questo disturbo che presentano i sintomi di un umore collerico/irritabile ne manifestano tipicamente anche le caratteristiche comportamentali.

I sintomi del disturbo oppositivo provocatorio possono essere limitati a un unico ambiente e questo è il più delle volte la casa. Gli individui che presentano sintomi sufficienti per soddisfare la soglia diagnostica, anche se solo a casa, potrebbero risultare notevolmente compromessi nel loro funzionamento sociale. Tuttavia, nei casi più gravi, i sintomi del disturbo sono presenti in più ambienti. Dato che la pervasività dei sintomi è un indicatore della gravità del disturbo, è fondamentale che il comportamento dell'individuo venga valutato rispetto a più ambiti e in più situazioni relazionali. Dal momento che questi comportamenti sono comuni tra fratelli, devono essere osservati durante le interazioni con persone che non siano tali. Inoltre, poiché i sintomi del di-

sturbo sono tipicamente più evidenti nelle interazioni con gli adulti o con i coetanei che l'individuo conosce bene, essi possono non essere evidenti durante un esame clinico.

I sintomi del disturbo oppositivo provocatorio possono in certa misura manifestarsi in individui che non hanno questo disturbo. Ci sono diverse considerazioni chiave per determinare se i comportamenti sono sintomatici del disturbo oppositivo provocatorio. In primo luogo, deve essere superata la soglia diagnostica di quattro o più sintomi presenti nei 6 mesi precedenti la valutazione. Inoltre, la persistenza e la frequenza dei sintomi dovrebbe andare oltre quanto è considerato normale per l'età, il genere e la cultura dell'individuo. Per esempio, non è raro per i bambini in età prescolare mostrare accessi di collera nel corso di una settimana. Scoppi d'ira per un bambino in età prescolare sarebbero considerati un sintomo di disturbo oppositivo provocatorio solo se si fossero verificati quasi tutti i giorni nei 6 mesi precedenti, in concomitanza con almeno tre degli altri sintomi del disturbo e se avessero contribuito alla significativa compromissione associata al disturbo (per es., gli scoppi hanno portato alla distruzione di proprietà, hanno fatto sì che sia stato chiesto al bambino di lasciare la scuola materna).

I sintomi del disturbo spesso sono parte di un pattern di interazioni problematiche con gli altri. Inoltre, gli individui con questo disturbo tipicamente non si considerano arrabbiati, oppositivi o sfidanti. Spesso, invece, giustificano il loro comportamento come una risposta a richieste o circostanze irragionevoli. Pertanto, può essere difficile distinguere il contributo relativo dell'individuo con il disturbo dalle interazioni problematiche che egli vive. Per esempio, i bambini con disturbo oppositivo provocatorio possono aver sperimentato una storia di genitorialità ostile, e spesso è impossibile determinare se il comportamento del bambino ha fatto sì che i genitori abbiano agito nei confronti del figlio in modo maggiormente ostile, se l'ostilità dei genitori ha portato al comportamento problematico del bambino, o se vi è una combinazione di entrambe le cose. Che il clinico possa o non possa separare i contributi relativi di possibili fattori causali non dovrebbe influenzare o meno la fattibilità della diagnosi. Nel caso in cui il bambino viva in condizioni particolarmente disagiate nelle quali possono verificarsi trascuratezza o maltrattamenti (per es., in ambienti istituzionali), l'attenzione clinica può essere utile nel ridurre il contributo ambientale.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

In bambini e adolescenti, il disturbo oppositivo provocatorio ha una maggiore prevalenza nelle famiglie in cui l'accudimento del bambino è turbato dal susseguirsi di diversi caregiver o nelle quali sono comuni pratiche educative rigide, incoerenti o negligenti. Due delle condizioni che si presentano più comunemente in concomitanza con il disturbo oppositivo provocatorio sono il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) e il disturbo della condotta (si veda il paragrafo "Comorbilità" di questo disturbo). Il disturbo oppositivo provocatorio è stato associato a un aumentato rischio di tentativi di suicidio, anche dopo aver controllato per la presenza di disturbi in comorbilità.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo oppositivo provocatorio varia da 1 a 11%, con una stima media del 3,3% circa. Il tasso del disturbo oppositivo provocatorio può variare a seconda dell'età e del genere del bambino. Prima dell'adolescenza il disturbo sembra essere un po' più frequente nei maschi che nelle femmine (1,4:1). Questa predominanza maschile non è sempre riscontrata nei campioni di adolescenti o di adulti.

Sviluppo e decorso

I primi sintomi del disturbo oppositivo provocatorio appaiono solitamente durante l'età prescolare e raramente oltre la prima adolescenza. Il disturbo oppositivo provocatorio spesso precede lo sviluppo del disturbo della condotta, soprattutto in coloro i quali hanno il disturbo della condotta del tipo con esordio nell'infanzia. Tuttavia, molti bambini e adolescenti con disturbo oppositivo provocatorio successivamente non sviluppano il disturbo della condotta. Al disturbo oppositivo provocatorio si associa anche il rischio di sviluppare disturbi d'ansia e il disturbo depressivo maggiore, anche in assenza di disturbo della condotta. I sintomi di provocatorietà, polemica e vendicatività comportano per lo più il rischio di disturbo della condotta, mentre quelli riguardanti l'umore collerico/irritabile comportano per lo più il rischio di disturbi emotivi.

Le manifestazioni del disturbo durante lo sviluppo appaiono coerenti. Bambini e adolescenti con disturbo oppositivo provocatorio sono a maggior rischio di avere, da adulti, una serie di problemi di adattamento tra cui comportamento antisociale, problemi di controllo degli impulsi, abuso di sostanze, ansia e depressione.

Molti dei comportamenti associati al disturbo oppositivo provocatorio sono più frequenti durante il periodo prescolare e nell'adolescenza. Pertanto, è particolarmente importante, durante questi periodi dello sviluppo, valutare la frequenza e l'intensità di tali comportamenti rispetto ai livelli considerati normali prima di decidere che questi sono sintomi del disturbo oppositivo provocatorio.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Fattori temperamentali legati a problemi di regolazione emotiva (per es., alti livelli di reattività emozionale, scarsa tolleranza alla frustrazione) sono predittivi del disturbo.

Fattori ambientali. Nelle famiglie di bambini e adolescenti con disturbo oppositivo provocatorio sono comuni pratiche educative rigide, incoerenti o negligenti, e tali pratiche svolgono un ruolo importante in molte teorie sulle cause del disturbo.

Fattori genetici e fisiologici. Un certo numero di marker neurobiologici (per es., bassa frequenza cardiaca e reattività di conduttanza cutanea; ridotta reattività del cortisolo basale; anomalie nella corteccia prefrontale e nell'amigdala) è stato associato al disturbo oppositivo provocatorio. Tuttavia, la maggior parte degli studi non è riuscita a separare i bambini con disturbo oppositivo provocatorio da quelli con disturbo della condotta. Così, non è chiaro se esistono marker specifici per il disturbo oppositivo provocatorio.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La prevalenza del disturbo nei bambini e negli adolescenti è relativamente costante nei vari paesi, indipendentemente dalle diversità di razza ed etnia.

Conseguenze funzionali del disturbo oppositivo provocatorio

Quando il disturbo oppositivo provocatorio persiste durante lo sviluppo, gli individui con questo disturbo sperimentano frequenti conflitti con genitori, insegnanti, supervisori, coetanei e partner affettivi. Questi problemi spesso sfociano in danni significativi nell'adattamento emotivo, sociale, scolastico e lavorativo dell'individuo.

Diagnosi differenziale

Disturbo della condotta. Sia il disturbo della condotta sia il disturbo oppositivo provocatorio generano problemi che portano l'individuo a entrare in conflitto con gli adulti e le altre figure che rappresentano l'autorità (per es., insegnanti, supervisori del lavoro). I comportamenti del disturbo oppositivo provocatorio sono tipicamente di natura meno grave di quelli del disturbo della condotta e non comprendono l'aggressione a persone o ad animali, la distruzione di proprietà o la modalità di furto o frode. Inoltre, il disturbo oppositivo provocatorio comprende problemi della disregolazione emozionale (cioè umore collerico e irritabile) che non sono compresi nella definizione di disturbo della condotta.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Il DDAI è spesso in comorbilità con il disturbo oppositivo provocatorio. Per porre una diagnosi aggiuntiva di disturbo oppositivo provocatorio è importante determinare che la mancanza da parte dell'individuo nel conformarsi alle richieste degli altri non avviene solo in situazioni che impongono un prolungato sforzo attentivo o la domanda di rimanere fermi.

Disturbi depressivi e bipolari. I disturbi depressivi e bipolari spesso comportano sentimenti negativi e irritabilità. Di conseguenza, non si dovrebbe porre una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio se i sintomi si presentano esclusivamente durante il decorso di un disturbo dell'umore.

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente condividono i sintomi di un cronico umore negativo e gli scoppi di collera. Tuttavia, la gravità, la frequenza e la cronicità degli scoppi di collera sono più gravi negli individui con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente rispetto a quelli con disturbo oppositivo provocatorio. Così, solo a una minoranza di bambini e adolescenti i cui sintomi soddisfano i criteri per il disturbo oppositivo provocatorio verrebbe diagnosticato anche il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Quando il disturbo dell'umore è sufficientemente grave da soddisfare i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio non viene posta, anche se sono soddisfatti tutti i criteri per il disturbo oppositivo provocatorio.

Disturbo esplosivo intermittente. Anche nel disturbo esplosivo intermittente sono presenti elevati livelli di rabbia. Tuttavia, gli individui con questo disturbo mostrano una grave aggressività verso gli altri che non fa parte della definizione di disturbo oppositivo provocatorio.

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo). Negli individui con disabilità intellettiva viene posta la diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio solo se il comportamento oppositivo è nettamente maggiore di quello comunemente osservato tra gli individui di età mentale e con livello di gravità di disabilità intellettiva comparabili.

Disturbo del linguaggio. Il disturbo oppositivo provocatorio deve essere anche distinto da un'incapacità nel seguire le indicazioni derivante da compromissione della comprensione del linguaggio (per es., sordità).

Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale). Il disturbo oppositivo provocatorio deve essere anche distinto dalla provocatorietà dovuta al timore di una valutazione negativa associata al disturbo d'ansia sociale.

Comorbilità

Le percentuali di disturbo oppositivo provocatorio sono molto più alte nei campioni di bambini, adolescenti e adulti con DDAI, e ciò può essere il risultato di comuni fattori di rischio temperamentali. Inoltre, il disturbo oppositivo provocatorio spesso precede il disturbo della condotta, anche se questo sembra essere più comune nei bambini con il sottotipo con esordio nell'infanzia. Gli individui con disturbo oppositivo provocatorio sono anche a maggior rischio di disturbi d'ansia e disturbo depressivo maggiore, e ciò sembra in gran parte attribuibile alla presenza dei sintomi di umore collerico/irritabile. Gli adolescenti e gli adulti con disturbo oppositivo provocatorio mostrano anche un più alto tasso di disturbi da uso di sostanze, sebbene non sia chiaro se questa associazione sia indipendente dalla comorbilità con il disturbo della condotta.

Disturbo esplosivo intermittente 312.34 (F63.81)

Criteri diagnostici

A. Accessi comportamentali ricorrenti che rappresentano l'incapacità di controllare gli impulsi aggressivi, come manifestato da uno dei seguenti:
   1. Aggressione verbale (per es., accessi di collera, invettive, discussioni o litigi verbali) o aggressione fisica verso proprietà, animali o altre persone, che si verifica, in media, due volte alla settimana per un periodo di 3 mesi. L'aggressione fisica non comporta danneggiamento o distruzione di proprietà e non provoca lesioni ad animali o ad altre persone.
   2. Tre accessi comportamentali che implicano danneggiamento o distruzione di proprietà e/o aggressione fisica che provoca lesioni ad animali o ad altre persone che si verificano in un periodo di 12 mesi.

B. Il grado di aggressività espresso durante gli accessi ricorrenti è grossolanamente esagerato rispetto alla provocazione o a qualsiasi fattore psicosociale stressante precipitante.

C. Le ricorrenti esplosioni di aggressività non sono premeditate (cioè sono impulsive e/o generate dalla rabbia) e non hanno lo scopo di raggiungere qualche obiettivo concreto (per es., denaro, potere, intimidazione).

D. Le ricorrenti esplosioni di aggressività causano o un disagio marcato nell'individuo o la compromissione del suo funzionamento in ambito lavorativo o interpersonale, oppure sono associate a conseguenze finanziarie o legali.

E. L'età cronologica è di almeno 6 anni (o livello di sviluppo equivalente).

F. Le ricorrenti esplosioni di aggressività non sono meglio spiegate da un altro disturbo mentale (per es., disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare, disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, un disturbo psicotico, disturbo antisociale di personalità, disturbo borderline di personalità) e non sono attribuibili a un'altra condizione medica (per es., trauma cranico, malattia di Alzheimer) o agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco). Per una diagnosi riguardante minori di età tra i 6 e i 18 anni, non deve essere preso in considerazione un comportamento aggressivo che si verifica come facente parte di un disturbo dell'adattamento.

Nota: Questa diagnosi può essere posta in aggiunta a quella di disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo della condotta, disturbo oppositivo provocatorio o disturbo dello spettro dell'autismo quando le ricorrenti e impulsive esplosioni di aggressività sono superiori a quelle che solitamente sono presenti in questi disturbi e giustificano un'attenzione clinica indipendente.

Caratteristiche diagnostiche

Nel disturbo esplosivo intermittente le esplosioni di aggressività impulsive (o generate dalla rabbia) si scatenano rapidamente e, tipicamente, non hanno un periodo prodromico, oppure questo è breve. Tali esplosioni durano tipicamente meno di 30 minuti e comunemente si verificano in risposta a una provocazione di scarsa entità da parte di un familiare stretto o un amico. Gli individui con disturbo esplosivo intermittente spesso presentano episodi meno gravi di attacchi verbali o fisici che non comportano danni, distruzione o ferite (Criterio A1) alternati a episodi più gravi con distruzione di proprietà o aggressione fisica (Criterio A2). Il Criterio A1 descrive le esplosioni di aggressività frequenti (per es., due volte alla settimana, in media, per un periodo di 3 mesi) caratterizzate da accessi di collera, invettive, discussioni o litigi verbali, o da attacchi che non provocano danni alle cose o lesioni ad animali o ad altre persone. Il Criterio A2 descrive le esplosioni di aggressività impulsive ma poco frequenti (per es., tre nel periodo di 1 anno) caratterizzate da danneggiamento o distruzione di cose, indipendentemente dal loro valore tangibile, o da aggressione/attacco fisico o di altro tipo che provoca lesioni a un animale o a un'altra persona. Indipendentemente dalla natura dell'esplosione di aggressività impulsiva, la caratteristica principale del disturbo esplosivo intermittente è l'incapacità di controllare un comportamento aggressivo impulsivo in risposta a ciò che viene vissuto soggettivamente come una provocazione (cioè un fattore psicosociale stressante) che normalmente non scatenerebbe un'esplosione di aggressività (Criterio B). Le esplosioni di aggressività sono generalmente impulsive e/o generate dalla rabbia, piuttosto che premeditate o strumentali (Criterio C), e sono associate a disagio significativo o a compromissione del funzionamento psicosociale (Criterio D). La diagnosi di disturbo esplosivo intermittente non deve essere posta a individui di età inferiore ai 6 anni, o di un livello di sviluppo equivalente (Criterio E), o agli individui le cui esplosioni di aggressività sono meglio spiegate da un altro disturbo mentale (Criterio F). La diagnosi di disturbo esplosivo intermittente non deve essere posta a individui con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente o le cui esplosioni di aggressività impulsive siano attribuibili a un'altra condizione medica o agli effetti fisiologici di una sostanza (Criterio F). Inoltre, i minori di età compresa tra i 6 e i 18 anni non dovrebbero ricevere questa diagnosi quando le esplosioni di aggressività impulsive si verificano nel contesto di un disturbo dell'adattamento (Criterio F).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Al disturbo esplosivo intermittente sono associati disturbi dell'umore (unipolare), disturbi d'ansia e disturbi da uso di sostanze, anche se l'insorgenza di queste patologie è in genere successiva a quella del disturbo esplosivo intermittente.

Prevalenza

La prevalenza annuale del disturbo esplosivo intermittente negli Stati Uniti è del 2,7% circa (definizione ristretta). Il disturbo esplosivo intermittente è più diffuso tra gli individui più giovani (per es., di età inferiore a 35-40 anni) che in quelli più anziani (di oltre 50 anni) e in individui con una formazione scolastica che arriva al massimo alla scuola media superiore.

Sviluppo e decorso

L'insorgenza di un comportamento aggressivo ricorrente, problematico e impulsivo è più comune nella tarda infanzia o nell'adolescenza e si verifica raramente per la prima volta dopo i 40 anni di età. Le caratteristiche principali del disturbo esplosivo intermittente, in genere, sono persistenti e si protraggono per molti anni.

Il decorso della malattia può essere episodico, con periodi ricorrenti di esplosioni di aggressività impulsive. Il disturbo esplosivo intermittente sembra seguire un decorso cronico e persistente per molti anni. Sembra anche essere abbastanza comune, indipendentemente dalla presenza o meno di un disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) o di disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta (per es., disturbo della condotta, disturbo oppositivo provocatorio).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Gli individui con una storia di traumi fisici ed emotivi durante i primi due decenni di vita rischiano in maggior misura di sviluppare un disturbo esplosivo intermittente.

Fattori genetici e fisiologici. I parenti di primo grado degli individui con disturbo esplosivo intermittente hanno un rischio maggiore di sviluppare tale disturbo, e studi sui gemelli hanno dimostrato una notevole influenza genetica sull'aggressione impulsiva.

La ricerca offre un supporto neurobiologico per la presenza, negli individui con disturbo esplosivo intermittente, di anomalie serotoninergiche, a livello globale e nel cervello, in particolare nelle aree del sistema limbico (cingolo anteriore) e nella corteccia orbitofrontale. Le risposte dell'amigdala agli stimoli che inducono collera, durante le scansioni in risonanza magnetica funzionale, sono maggiori negli individui con disturbo esplosivo intermittente rispetto a quelli sani.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La minore prevalenza del disturbo esplosivo intermittente in alcune regioni (Asia, Medio Oriente) o in determinati paesi (Romania, Nigeria), rispetto agli Stati Uniti, suggerisce che, a causa di fattori culturali, le informazioni circa i comportamenti aggressivi ricorrenti, problematici e impulsivi o non vengono raccolte durante le interviste o è meno probabile che siano presenti.

Aspetti diagnostici correlati al genere

In alcuni studi la prevalenza del disturbo esplosivo intermittente è maggiore nei maschi che nelle femmine (odds ratio = 1,4-2,3), mentre altri studi non hanno trovato alcuna differenza di genere.

Conseguenze funzionali del disturbo esplosivo intermittente

Spesso, come conseguenza del disturbo esplosivo intermittente, insorgono problemi di tipo sociale (per es., perdita di amici, parenti, instabilità coniugale), lavorativo (per es., retrocessione, perdita del posto di lavoro), finanziario (per es., a causa del valore degli oggetti distrutti) e legale (per es., cause civili conseguenti a un comportamento aggressivo contro persone o proprietà; denunce penali per aggressione fisica).

Diagnosi differenziale

Non bisogna porre una diagnosi di disturbo esplosivo intermittente quando i Criteri A1 e/o A2 sono soddisfatti solo durante un episodio di un altro disturbo mentale (per es., disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare, disturbi psicotici), o quando le

esplosioni di aggressività impulsive sono attribuibili a un'altra condizione medica o agli effetti fisiologici di una sostanza o di un farmaco. Questa diagnosi, inoltre, non dovrebbe essere posta, in particolare nei bambini e negli adolescenti di età compresa tra i 6 e i 18 anni, quando le esplosioni di aggressività impulsive si verificano nel contesto di un disturbo dell'adattamento. Altri esempi in cui le esplosioni di aggressività ricorrenti, problematiche e impulsive possono, o non possono, essere diagnosticate come disturbo esplosivo intermittente sono i seguenti.

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Contrariamente al disturbo esplosivo intermittente, il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è caratterizzato da uno stato d'animo negativo (cioè irritabilità, rabbia) che si protrae per la maggior parte della giornata, quasi ogni giorno, tra esplosioni di aggressività impulsive. Una diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente può essere posta solo quando la comparsa di esplosioni di aggressività ricorrenti, problematiche e impulsive avviene prima dei 10 anni di età. Infine, una diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non deve essere posta per la prima volta dopo i 18 anni di età. In caso contrario, queste diagnosi si escludono a vicenda.

Disturbo antisociale di personalità o disturbo borderline di personalità. Gli individui con disturbo antisociale di personalità o disturbo borderline di personalità presentano spesso esplosioni di aggressività ricorrenti, problematiche e impulsive. Tuttavia, in tali individui il livello dell'aggressione impulsiva è inferiore a quello degli individui con disturbo esplosivo intermittente.

Delirium, disturbo neurocognitivo maggiore e modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica, di tipo aggressivo. Non si dovrebbe porre una diagnosi di disturbo esplosivo intermittente quando le esplosioni di aggressività vengono giudicate essere il risultato degli effetti fisiologici di un'altra condizione medica diagnosticabile (per es., danno cerebrale associato a modificazione di personalità caratterizzata da esplosioni di aggressività; epilessia parziale complessa). Anomalie non specifiche dell'esame neurologico (per es., "segni lievi") e variazioni elettroencefalografiche non specifiche sono compatibili con una diagnosi di disturbo esplosivo intermittente a meno che non vi sia una condizione medica diagnosticabile che meglio spieghi le esplosioni di aggressività impulsive.

Intossicazione o astinenza da sostanze. Non si dovrebbe porre una diagnosi di disturbo esplosivo intermittente quando le esplosioni di aggressività impulsive sono quasi sempre associate a intossicazione o astinenza da sostanze (per es., alcol, fenciclidina, cocaina e altri stimolanti, barbiturici, inalanti). Tuttavia, quando un numero sufficiente di esplosioni di aggressività impulsive si verifica anche in assenza di intossicazione o astinenza da sostanze, e queste meritano un'attenzione clinica indipendente, può essere posta la diagnosi di disturbo esplosivo intermittente.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo della condotta, disturbo oppositivo provocatorio o disturbo dello spettro dell'autismo. Gli individui con uno qualsiasi di questi disturbi con esordio nell'infanzia possono presentare esplosioni di aggressività impulsive. Gli individui con DDAI sono tipicamente impulsivi e, di conseguenza, possono anche avere esplosioni di aggressività impulsive. Anche se gli individui con disturbo della condotta possono presentare esplosioni di aggressività impulsive, la forma di aggressione identificata dai criteri diagnostici è proattiva e predatoria. L'aggressione del disturbo oppositivo provocatorio è tipicamente caratterizzata da accessi di collera e da alterchi verbali con le figure che rappresentano l'autorità, mentre le esplosioni di aggressività impulsive nel disturbo esplosivo intermittente sono in risposta a una più vasta gamma di provocazioni e comprendono le aggressioni fisiche. Il livello dell'aggressione impulsiva negli individui con una storia di uno o più di questi disturbi è stato riportato come inferiore a quello in individui comparabili i cui sintomi soddisfano inoltre i Criteri da A a E del disturbo esplosivo intermittente. Pertanto, se vengono soddisfatti anche i Criteri da A a E, e le esplosioni di aggressività impulsive meritano un'attenzione clinica indipendente, può essere posta la diagnosi di disturbo esplosivo intermittente.

Comorbilità

I disturbi depressivi, d'ansia e da uso di sostanze sono quelli che più comunemente si presentano in concomitanza con il disturbo esplosivo intermittente. Inoltre, gli individui con disturbo antisociale di personalità o disturbo borderline di personalità e quelli con una storia di disturbi con comportamenti dirompenti (per es., DDAI, disturbo della condotta, disturbo oppositivo provocatorio) rischiano maggiormente di sviluppare un concomitante disturbo esplosivo intermittente.

Disturbo della condotta

Criteri diagnostici

A. Un pattern di comportamento ripetitivo e persistente in cui vengono violati i diritti fondamentali degli altri oppure le principali norme o regole sociali appropriate all'età, che si manifesta con la presenza nei 12 mesi precedenti di almeno tre dei seguenti 15 criteri in qualsiasi fra le categorie sotto indicate, con almeno un criterio presente negli ultimi 6 mesi:

Aggressione a persone e animali

1. Spesso fa il/la prepotente, minaccia o intimorisce gli altri.
2. Spesso dà il via a colluttazioni.
3. Ha usato un'arma che può causare seri danni fisici ad altri (per es., un bastone, un mattone, una bottiglia rotta, un coltello, una pistola).
4. È stato/a fisicamente crudele con le persone.
5. È stato/a fisicamente crudele con gli animali.
6. Ha rubato affrontando direttamente la vittima (per es., aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata).
7. Ha costretto qualcuno ad attività sessuali.

Distruzione della proprietà

8. Ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di causare seri danni.
9. Ha deliberatamente distrutto proprietà altrui (in modo diverso dall'appiccare il fuoco).

Frode o furto

10. È penetrato/a nell'abitazione, nel caseggiato o nell'automobile di qualcun altro.
11. Spesso mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare dei doveri (cioè raggira gli altri).
12. Ha rubato articoli di valore senza affrontare direttamente la vittima (per es., furto nei negozi, ma senza scasso; contraffazione).

Gravi violazioni di regole

13. Spesso, già prima dei 13 anni di età, trascorre la notte fuori, nonostante le proibizioni dei genitori.

14. Si è allontanato/a da casa di notte almeno due volte mentre viveva nella casa dei genitori o di chi ne faceva le veci, o una volta senza ritornare per un lungo periodo.
15. Spesso, già prima dei 13 anni di età, marina la scuola.

B. L'anomalia del comportamento causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

C. Se l'individuo ha 18 anni o più, non sono soddisfatti i criteri di disturbo antisociale di personalità.

Specificare quale:

312.81 (F91.1) Tipo con esordio nell'infanzia: Gli individui presentano almeno un sintomo caratteristico del disturbo della condotta prima dei 10 anni di età.

312.82 (F91.2) Tipo con esordio nell'adolescenza: Gli individui non mostrano alcun sintomo caratteristico del disturbo della condotta prima dei 10 anni di età.

312.89 (F91.9) Esordio non specificato: Sono soddisfatti i criteri per la diagnosi di disturbo della condotta, ma non sono disponibili informazioni sufficienti per determinare se l'esordio del primo sintomo si è verificato prima o dopo i 10 anni di età.

Specificare se:

Con emozioni prosociali limitate: Perché gli venga assegnato questo specificatore, un individuo deve aver mostrato in modo persistente, per almeno 12 mesi e in diversi tipi di relazione e ambienti, almeno due delle seguenti caratteristiche. Queste riflettono i tipici pattern di funzionamento interpersonale ed emotivo dell'individuo in un determinato periodo e non solo in eventi occasionali in alcune situazioni. Pertanto, per valutare i criteri dello specificatore sono necessarie più fonti di informazione. Oltre a ciò che riferisce l'individuo, è necessario prendere in considerazione le testimonianze di altre persone che sono state in contatto con lui per lunghi periodi di tempo (per es., genitori, insegnanti, colleghi, altri parenti, coetanei).

Mancanza di rimorso o senso di colpa: Non prova rimorso o senso di colpa quando compie qualcosa di sbagliato (escludere il rimorso se questo viene espresso solo dall'individuo in arresto e/o messo di fronte a una punizione). L'individuo mostra una generale mancanza di preoccupazione per le conseguenze negative delle sue azioni. Per esempio, l'individuo non è pentito dopo aver ferito qualcuno o non si preoccupa delle conseguenze derivanti dall'infrangere le regole.

Insensibilità-mancanza di empatia: Disprezza ed è incurante dei sentimenti degli altri. L'individuo è descritto come freddo e indifferente. Appare preoccupato più per gli effetti che le sue azioni hanno su di lui che per quelli sugli altri, anche quando comportano un grave danno per gli altri.

Indifferenza per i risultati: Non mostra preoccupazione per lo scarso/problematico rendimento a scuola, al lavoro o in altre attività importanti. L'individuo non mette l'impegno necessario per una buona riuscita, anche quando le aspettative sono chiare, e tipicamente incolpa gli altri per i suoi scarsi risultati.

Affettività superficiale o anaffettività: Non esprime sentimenti né mostra emozioni verso gli altri, se non in modi che sembrano poco profondi, insinceri o superficiali (per es., le azioni contraddicono l'emozione mostrata; può "accendere" o "spegnere" in fretta le proprie emozioni) o usando espressioni emotive per il proprio vantaggio (per es., emozioni mostrate per manipolare o intimidire gli altri).

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Pochi o nessun problema di condotta oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, e questi problemi causano agli altri danni relativamente minori (per es., bugie, assenze ingiustificate, stare fuori fino a tardi senza permesso, altre infrazioni delle regole).

Moderata: Il numero dei problemi di condotta e i loro effetti sugli altri sono intermedi tra quelli definiti "lievi" e quelli "gravi" (per es., rubare senza affrontare direttamente la vittima, vandalismo).

Grave: Numerosi problemi di condotta oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, oppure questi problemi causano danni notevoli agli altri (per es., sesso forzato, crudeltà fisica, uso di armi, rubare affrontando direttamente la vittima, furto con scasso).

Sottotipi

Sono stati previsti tre sottotipi di disturbo della condotta in base all'età all'esordio del disturbo. L'esordio viene stimato con maggior accuratezza attraverso informazioni fornite sia dal giovane sia dal caregiver; le stime sono spesso in ritardo di 2 anni rispetto all'esordio vero e proprio. I sottotipi possono manifestarsi in forma lieve, moderata o grave. Quando non vi sono informazioni sufficienti per determinare l'età all'esordio, viene assegnato il sottotipo con esordio non specificato.

Nel disturbo con esordio nell'infanzia, gli individui sono di solito maschi, mostrano frequentemente aggressioni fisiche contro altri, hanno relazioni disturbate con i coetanei, nella prima infanzia possono aver avuto il disturbo oppositivo provocatorio e di solito presentano sintomi che soddisfano pienamente i criteri per il disturbo della condotta prima della pubertà. Molti bambini con questo sottotipo hanno anche un concomitante disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) o altri problemi del neurosviluppo. Gli individui con il tipo con esordio nell'infanzia hanno maggiori probabilità rispetto a quelli con il tipo con esordio nell'adolescenza di avere un disturbo della condotta che persiste nell'età adulta. In confronto agli individui con il tipo con esordio nell'infanzia, gli individui con un disturbo della condotta con esordio nell'adolescenza hanno meno probabilità di manifestare comportamenti aggressivi e tendono ad avere un maggior numero di relazioni considerate normali con i coetanei (anche se spesso mostrano problemi di condotta in compagnia di altri). Questi individui hanno meno probabilità di avere un disturbo della condotta che persiste nell'età adulta. Il rapporto tra maschi e femmine con disturbo della condotta è più equilibrato per il tipo con esordio nell'adolescenza che per il tipo con esordio nell'infanzia.

Specificatori

Una minoranza di individui con disturbo della condotta presenta caratteristiche che li qualificano per lo specificatore "con emozioni prosociali limitate". Gli indicatori di questo specificatore sono quelli che, nella ricerca, sono stati spesso definiti tratti insensibile e anemotivo. Anche altre caratteristiche di personalità, come la ricerca di emozioni, la temerarietà e l'indifferenza per le punizioni, possono contraddistinguere gli individui con le caratteristiche descritte nello specificatore. Questi, rispetto ad altri individui con disturbo della condotta, hanno maggiori probabilità di compiere aggressioni che lasciano prevedere un guadagno strumentale. Gli individui con disturbo della condotta di qualsiasi sottotipo o di qualsiasi livello di gravità possono avere caratteristiche che si qualificano per lo specificatore "con emozioni prosociali limitate", anche se è più probabile che individui con tale specificatore abbiano il tipo con esordio nell'infanzia e uno specificatore di gravità grave.

Sebbene in alcuni ambiti di ricerca sia stata sostenuta la validità di quanto l'individuo riferisce di sé nel valutare la presenza di tratti dello specificatore, non è facile che gli individui affetti da disturbo della condotta con questo specificatore ammettano, du-

rante un colloquio clinico, di possedere tali tratti. Pertanto, per valutare i criteri per lo specificatore sono necessarie più fonti di informazione. Inoltre, dal momento che gli indicatori dello specificatore sono caratteristiche che rispecchiano le tipiche modalità di funzionamento interpersonale ed emozionale dell'individuo, è importante prendere in considerazione le testimonianze di altre persone che hanno conosciuto l'individuo per lunghi periodi di tempo e in relazioni e ambiti diversi (per es., genitori, insegnanti, colleghi, altri parenti, coetanei).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale del disturbo della condotta è un pattern di comportamento ripetitivo e persistente in cui vengono violati i diritti fondamentali degli altri oppure le principali norme o regole sociali appropriate all'età (Criterio A). Questi comportamenti si inseriscono in quattro gruppi fondamentali: condotta aggressiva che causa o minaccia danni fisici ad altre persone o ad animali (Criteri A1-A7), condotta non aggressiva che causa perdita o danneggiamento della proprietà (Criteri A8-A9), frode o furto (Criteri A10-A12) e gravi violazioni di regole (Criteri A13-A15). Tre o più comportamenti caratteristici devono essere stati presenti durante i 12 mesi precedenti, con almeno un comportamento presente nei 6 mesi precedenti. L'anomalia del comportamento causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo (Criterio B). Il pattern di comportamento è di solito presente in diversi ambienti, come la casa, la scuola o la comunità. Dato che gli individui con disturbo della condotta tendono a minimizzare i propri problemi di condotta, il clinico deve spesso fare affidamento su informatori aggiuntivi. Tuttavia, la loro conoscenza di tali problemi può essere limitata se non si sono interessati adeguatamente all'individuo o se questi ha nascosto i propri comportamenti sintomatici.

Gli individui con disturbo della condotta spesso sono i primi a comportarsi con aggressività e reagiscono aggressivamente nei confronti degli altri. Possono mostrare un comportamento prepotente, minaccioso o intimidatorio (inclusi comportamenti intimidatori attraverso messaggi su mezzi di comunicazione sociale basati sul web) (Criterio A1); dare frequentemente inizio a colluttazioni (Criterio A2); usare un'arma che può causare seri danni fisici (per es., un bastone, un mattone, una bottiglia rotta, un coltello, una pistola) (Criterio A3); essere fisicamente crudeli con le persone (Criterio A4) o con gli animali (Criterio A5); rubare affrontando direttamente la vittima (per es., aggressione a scopo di furto, scippo, estorsione, rapina a mano armata) (Criterio A6); oppure obbligare un'altra persona ad attività sessuali (Criterio A7). La violenza fisica può assumere la forma di stupro, aggressione o, in rari casi, omicidio. La distruzione deliberata dell'altrui proprietà può comprendere l'incendio deliberato con intenzione di causare seri danni (Criterio A8) o la volontaria distruzione delle proprietà di altre persone in altri modi (per es., rompere i vetri delle automobili, compiere atti vandalici a scuola) (Criterio A9). Gli atti disonesti o il furto possono comprendere la penetrazione in abitazioni, caseggiati o automobili altrui (Criterio A10); frequenti menzogne o rottura di promesse per ottenere vantaggi o favori, o per evitare debiti o doveri (per es., raggirare altre persone) (Criterio A11); o rubare articoli di valore senza affrontare direttamente la vittima (per es., taccheggio, contraffazioni, frodi) (Criterio A12).

Spesso gli individui con disturbo della condotta possono commettere anche gravi violazioni di regole (per es., scolastiche, dei genitori, lavorative). I ragazzi con disturbo della condotta spesso hanno l'abitudine, che inizia prima dei 13 anni di età, di stare fuori fino a tarda notte nonostante la proibizione dei genitori (Criterio A13). Possono

anche mostrare la tendenza ad allontanarsi da casa durante la notte (Criterio A14). Per essere considerata un sintomo di disturbo della condotta, la fuga deve essere avvenuta almeno due volte (o solo una volta, se l'individuo non è tornato per un lungo periodo). Gli episodi di fuga che avvengono come diretta conseguenza di maltrattamento fisico o sessuale non soddisfano tipicamente questo criterio. I ragazzi con disturbo della condotta possono spesso marinare la scuola, iniziando a farlo prima dei 13 anni di età (Criterio A15).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui aggressivi con disturbo della condotta spesso travisano le intenzioni degli altri, considerandole, soprattutto in situazioni ambigue, come più ostili e minacciose del vero e reagiscono con un'aggressione che essi ritengono ragionevole e giustificata. Spesso in concomitanza con il disturbo della condotta si verificano caratteristiche di personalità del tratto emozionalità negativa e scarso autocontrollo, tra cui scarsa tolleranza alla frustrazione, irritabilità, scoppi di collera, sospettosità, indifferenza per le punizioni, ricerca di emozioni e sregolatezza. L'abuso di sostanze è spesso una caratteristica associata, specialmente nelle adolescenti femmine. Negli individui con disturbo della condotta si manifestano con una frequenza maggiore del previsto idee e tentativi di suicidio, e suicidi attuati.

Prevalenza

Le stime di prevalenza a 12 mesi nella popolazione vanno dal 2 a oltre il 10%, con una media del 4%. La prevalenza del disturbo della condotta sembra essere abbastanza coerente tra i vari paesi che si differenziano per razza ed etnia. Le percentuali di prevalenza aumentano dall'infanzia all'adolescenza e sono più elevate tra i maschi che tra le femmine. Pochi bambini con un disturbo della condotta che crea compromissione ricevono un trattamento.

Sviluppo e decorso

L'esordio del disturbo della condotta può verificarsi anche in età prescolare, ma i primi sintomi significativi emergono di solito nel periodo tra la media infanzia e la media adolescenza. Il disturbo oppositivo provocatorio è un comune precursore del disturbo della condotta del tipo con esordio nell'infanzia. Il disturbo della condotta può essere diagnosticato negli adulti; tuttavia, i suoi sintomi emergono in genere durante l'infanzia o l'adolescenza, e la sua insorgenza dopo i 16 anni di età è rara. Dopo l'esordio, il decorso del disturbo della condotta è variabile. Nella maggior parte degli individui, il disturbo regredisce con l'età adulta. Molti individui con disturbo della condotta – in particolare quelli con tipo con esordio nell'adolescenza e quelli con sintomi scarsi e lievi – da adulti raggiungono un adeguato adattamento sociale e lavorativo. Il tipo con esordio precoce, invece, ha una prognosi peggiore e predice, in età adulta, un maggior rischio di comportamento criminale, il disturbo della condotta e disturbi correlati a sostanze. Gli individui con disturbo della condotta sono a rischio di sviluppare più tardi disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbo da stress post-traumatico, disturbi del controllo degli impulsi, disturbi psicotici, disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati a sostanze.

I sintomi del disturbo variano con l'età, dal momento che l'individuo sviluppa una maggiore forza fisica, abilità cognitive e maturità sessuale. I comportamenti sintomati-

ci che emergono per primi hanno la tendenza a essere meno gravi (per es., menzogna, taccheggio), mentre i problemi di condotta che emergono per ultimi tendono a essere più gravi (per es., stupro, furto con aggressione della vittima). Tuttavia, ci sono ampie differenze tra gli individui, alcuni dei quali mettono in atto numerosi comportamenti dannosi in età precoce (che è predittivo di una prognosi peggiore). Quando gli individui con disturbo della condotta raggiungono l'età adulta, i sintomi di aggressività, distruzione di proprietà, inganno e violazione delle regole, compresa la violenza su colleghi, partner e figli, si possono manifestare sul luogo di lavoro e a casa, in modo tale che può essere preso in considerazione il disturbo antisociale di personalità.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Tra i fattori di rischio temperamentali vi sono temperamento infantile difficile e scarsamente controllato e un'intelligenza inferiore alla media, con particolare riguardo al QI verbale.

Fattori ambientali. I fattori di rischio a livello familiare comprendono il rifiuto e la trascuratezza da parte dei genitori, pratiche educative incoerenti, una disciplina rigida, l'abuso fisico o sessuale, la mancanza di controllo, un precoce regime istituzionale di vita, frequenti cambi di caregiver, una famiglia di grandi dimensioni, la criminalità dei genitori e alcuni tipi di psicopatologia familiare (per es., disturbi correlati a sostanze). I fattori di rischio a livello di comunità comprendono il rifiuto da parte dei coetanei, l'associazione con un gruppo di coetanei delinquenti e l'esposizione alla violenza del quartiere. Entrambi i tipi di fattori di rischio tendono a essere più comuni e gravi tra gli individui con il sottotipo con esordio nell'infanzia del disturbo della condotta.

Fattori genetici e fisiologici. Il disturbo della condotta è influenzato da fattori sia genetici sia ambientali. Il rischio è maggiore nei bambini con un genitore biologico o adottivo o un fratello con disturbo della condotta. Il disturbo sembra essere più comune anche nei bambini con genitori biologici con disturbo da uso di alcol grave, disturbi depressivi e bipolari o schizofrenia, oppure con genitori biologici che hanno una storia di DDAI o disturbo della condotta. La storia familiare caratterizza in particolare gli individui con il sottotipo con esordio nell'infanzia del disturbo della condotta. È stato riscontrato in maniera affidabile che la frequenza cardiaca a riposo è minore negli individui con disturbo della condotta rispetto a quelli senza il disturbo, e questo marker non è caratteristico di nessun altro disturbo mentale. È ben documentata anche la riduzione del condizionamento del sistema nervoso autonomo alla paura, in particolare quella della conduttanza cutanea. Tuttavia, questi risultati psicofisiologici non sono utilizzabili per diagnosticare il disturbo. Sono state costantemente osservate in individui con disturbo della condotta, in confronto a quelli senza disturbo, delle differenze strutturali e funzionali nelle aree cerebrali associate alla regolazione ed elaborazione delle emozioni, in particolare nelle connessioni frontotemporali-limbiche che riguardano la corteccia ventrale prefrontale del cervello e l'amigdala. Tuttavia, i riscontri di neuroimaging non sono utilizzabili per diagnosticare il disturbo.

Modificatori del decorso. La persistenza è più probabile per gli individui con comportamenti che soddisfano i criteri per il sottotipo con esordio nell'infanzia e qualificano lo specificatore "con emozioni prosociali limitate". Il rischio che il disturbo della condotta persista è aumentato anche dalla concomitanza di DDAI e di abuso di sostanze.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

A volte la diagnosi di disturbo della condotta può essere erroneamente applicata a individui che vivono in ambienti in cui i pattern di comportamento dirompente sono visti come quasi normali (per es., in aree molto pericolose, ad alta criminalità o zone di guerra). Pertanto, bisognerebbe tenere in considerazione il contesto in cui si sono verificati i comportamenti indesiderati.

Aspetti diagnostici correlati al genere

I maschi con una diagnosi di disturbo della condotta manifestano spesso aggressività fisica, furto, vandalismo e problemi di disciplina scolastica. Le femmine con una diagnosi di disturbo della condotta presentano con maggiore probabilità menzogne, assenze da scuola, fughe, uso di sostanze e prostituzione. Mentre i maschi tendono a mostrare sia l'aggressività fisica sia quella relazionale (comportamento che danneggia le relazioni sociali con gli altri), le femmine tendono a mostrare un'aggressività relazionale relativamente maggiore.

Conseguenze funzionali del disturbo della condotta

I comportamenti propri del disturbo della condotta possono portare a sospensione o a espulsione dalla scuola, a problemi nell'adattamento lavorativo, a difficoltà legali, a malattie a trasmissione sessuale, a gravidanze indesiderate e a lesioni fisiche da incidenti o da colluttazioni. Questi problemi possono precludere la frequenza di scuole normali o la convivenza con i genitori naturali o adottivi. Il disturbo della condotta è spesso associato a un inizio precoce dell'attività sessuale, dell'uso di alcol, fumo, uso di sostanze illegali, e comportamenti temerari e rischiosi. La percentuale di incidenti sembra essere più elevata tra gli individui con disturbo della condotta rispetto a quelli senza il disturbo. Queste conseguenze funzionali del disturbo della condotta possono predire problemi di salute quando gli individui raggiungeranno la mezza età. Non è raro che gli individui con disturbo della condotta entrino in contatto con il sistema di giustizia penale a causa di un comportamento illegale. Il disturbo della condotta è un comune motivo di invio al trattamento clinico e viene spesso diagnosticato in strutture di salute mentale per bambini, soprattutto nella pratica forense. Esso è associato a una compromissione che è più grave e cronica di quella vissuta da altri bambini inviati al trattamento clinico.

Diagnosi differenziale

Disturbo oppositivo provocatorio. Il disturbo della condotta e quello oppositivo provocatorio sono entrambi legati a sintomi che portano l'individuo in conflitto con gli adulti e le altre figure che rappresentano l'autorità (per es., genitori, insegnanti, supervisori del lavoro). I comportamenti del disturbo oppositivo provocatorio sono in genere di natura meno grave rispetto a quelli degli individui con disturbo della condotta e non comprendono l'aggressione a persone o animali, la distruzione di proprietà, o modalità di furto o frode. Inoltre, il disturbo oppositivo provocatorio comprende problemi di disregolazione emozionale (cioè umore collerico e irritabile) che non sono inclusi nella definizione di disturbo della condotta. Quando vengono soddisfatti i criteri sia per il disturbo oppositivo provocatorio sia per quello della condotta, possono essere poste entrambe le diagnosi.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Sebbene i bambini con DDAI manifestino spesso un comportamento iperattivo e impulsivo, che può essere dirompente, esso non viola di per sé le norme sociali o i diritti degli altri, e quindi di solito non soddisfa i criteri per il disturbo della condotta. Quando vengono soddisfatti i criteri sia per il DDAI sia per il disturbo della condotta, si dovrebbero porre entrambe le diagnosi.

Disturbi depressivi e bipolari. Irritabilità, aggressività e problemi di condotta possono verificarsi in bambini o adolescenti con disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare o disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. I problemi comportamentali associati a questi disturbi dell'umore di solito possono essere distinti dal tipo di problemi di condotta su cui si basa il disturbo della condotta. In particolare, le persone con disturbo della condotta presentano significativi livelli di problemi di comportamento aggressivo o non aggressivo anche in periodi in cui non vi è alcuna alterazione dell'umore, sia nel passato (cioè una storia di problemi di condotta antecedenti l'insorgenza dell'alterazione dell'umore) sia nel presente (cioè presenza di alcuni problemi di condotta che sono premeditati e non si verificano durante i periodi di intensa eccitazione emotiva). Nei casi in cui sono soddisfatti i criteri per il disturbo della condotta e per il disturbo dell'umore, possono essere poste entrambe le diagnosi.

Disturbo esplosivo intermittente. Sia nel disturbo della condotta sia nel disturbo esplosivo intermittente è presente un'elevata percentuale di aggressioni. Queste, tuttavia, negli individui con disturbo esplosivo intermittente si limitano a essere impulsive e non premeditate, e non sono finalizzate al conseguimento di qualche obiettivo tangibile (per es., denaro, potere, intimidazione). Inoltre, la definizione di disturbo esplosivo intermittente non comprende i sintomi non aggressivi del disturbo della condotta. Se sono soddisfatti i criteri per entrambi i disturbi, la diagnosi di disturbo esplosivo intermittente deve essere posta solo quando le ricorrenti improvvise esplosioni di aggressività meritano un'attenzione clinica indipendente.

Disturbi dell'adattamento. La diagnosi di un disturbo dell'adattamento (con alterazione della condotta o con alterazione mista dell'emotività e della condotta) dovrebbe essere presa in considerazione se dei problemi di condotta clinicamente significativi, che non soddisfano i criteri per un altro disturbo specifico, si sviluppano in evidente associazione alla comparsa di un fattore psicosociale stressante e non si risolvono entro 6 mesi dalla scomparsa del fattore stressante (o delle sue conseguenze). Il disturbo della condotta viene diagnosticato solo se i problemi di condotta rappresentano una modalità ripetitiva e persistente, associata a compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

Comorbilità

Il DDAI e il disturbo oppositivo provocatorio sono entrambi comuni in individui con disturbo della condotta, e questa situazione di comorbilità predice gli esiti peggiori. Gli individui che presentano caratteristiche di personalità associate al disturbo antisociale di personalità spesso violano i diritti fondamentali degli altri o le principali norme sociali appropriate all'età, e di conseguenza il loro pattern di comportamento spesso soddisfa i criteri per il disturbo della condotta. Questo può anche coesistere con uno o più dei seguenti disturbi mentali: disturbo specifico dell'apprendimento, disturbi d'ansia, depressivo o bipolare e disturbi correlati a sostanze. I risultati scolastici, in particolare nella lettura e in altre competenze verbali, sono spesso inferiori a quelli attesi in base a età e intelligenza e possono giustificare la diagnosi aggiuntiva di disturbo specifico dell'apprendimento o di un disturbo della comunicazione.

Disturbo antisociale di personalità

È possibile trovare criteri e testo riguardanti il disturbo antisociale di personalità nel capitolo "Disturbi di personalità". Dal momento che questo disturbo è in stretta connessione con lo spettro dei disturbi "esternalizzanti" della condotta descritti in questo capitolo, così come lo è con i disturbi descritti nel contiguo capitolo "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction", è codificato sia qui sia nel capitolo "Disturbi di personalità".

Piromania 312.33 (F63.1)

Criteri diagnostici

A. Appiccamento deliberato e intenzionale del fuoco in più di un'occasione.

B. Tensione o eccitazione emotiva prima dell'atto.

C. L'individuo è affascinato, interessato, incuriosito o attratto dal fuoco e dai suoi contesti situazionali (per es., attrezzature, usi, conseguenze).

D. Piacere, gratificazione o sollievo quando viene appiccato il fuoco, o quando si assiste o si partecipa ai momenti successivi.

E. L'appiccamento del fuoco non è messo in atto per un vantaggio economico, come espressione di un'ideologia sociopolitica, per occultare un'attività criminosa, per esprimere rabbia o vendetta, per migliorare le proprie condizioni di vita, in conseguenza di un delirio o un'allucinazione, o come risultato di una compromissione del giudizio (per es., nel disturbo neurocognitivo maggiore, nella disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo], nell'intossicazione da sostanze).

F. L'appiccamento del fuoco non è meglio spiegato dal disturbo della condotta, da un episodio maniacale o dal disturbo antisociale di personalità.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale della piromania è la presenza di episodi multipli di appiccamento deliberato e intenzionale del fuoco (Criterio A). Gli individui con questo disturbo provano tensione o eccitazione emotiva prima dell'atto (Criterio B). Possono essere affascinati, interessati, incuriositi o attratti dal fuoco e dai suoi contesti situazionali (per es., attrezzature, usi, conseguenze) (Criterio C). Gli individui con questo disturbo sono spesso osservatori abituali degli incendi che scoppiano nelle loro vicinanze, possono lanciare falsi allarmi ed essere attratti da istituzioni, equipaggiamenti e personale associati al fuoco. Possono passare il proprio tempo nella caserma dei pompieri, possono appiccare il fuoco per unirsi a loro o perfino diventare essi stessi pompieri. Gli individui con questo disturbo provano piacere, gratificazione o sollievo quando appiccano il fuoco, assistono ai suoi effetti o partecipano ai momenti successivi (Criterio D). Il fuoco non è appiccato per un vantaggio economico, come espressione di un'ideologia sociopolitica, per occultare un'attività criminosa, per esprimere rabbia o vendetta, per migliorare le proprie condizioni di vita, o in conseguenza di un delirio o un'allucinazione. L'appiccamento del fuoco non è causato da una compromissione del giudizio (per es., nel disturbo neurocognitivo maggiore o nella disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo]) (Criterio E). La diagnosi non viene posta se l'appiccamento del fuoco è meglio spiegato da un disturbo della condotta, un episodio maniacale o dal disturbo antisociale di personalità (Criterio F).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con piromania possono fare notevoli preparativi per appiccare un fuoco. Possono essere indifferenti alle conseguenze potenzialmente letali o lesive per la proprietà causate dal fuoco, o trarre soddisfazione dalla distruzione di proprietà che ne consegue. I comportamenti possono portare a danneggiamento della proprietà, conseguenze legali, lesioni o morte di chi appicca il fuoco o di altre persone. Gli individui che appiccano fuochi in maniera impulsiva (che possono presentare o meno la piromania) hanno spesso una storia presente o passata di disturbo da uso di alcol.

Prevalenza

La prevalenza della piromania nella popolazione non è nota. La prevalenza lifetime dell'appiccare il fuoco, che è solo una componente della piromania e non è di per sé sufficiente per porre una diagnosi, è stata riscontrata come l'1,13% in un campione di popolazione, ma le comorbilità più comuni erano il disturbo antisociale di personalità, il disturbo da uso di sostanze, il disturbo bipolare e il gioco d'azzardo patologico (disturbo da gioco d'azzardo). Invece, la diagnosi primaria di piromania sembra essere molto rara. Tra un campione di persone incarcerate per aver ripetutamente appiccato fuochi, solo il 3,3% presentava sintomi che soddisfacevano i criteri per la piromania.

Sviluppo e decorso

Non vi sono dati sufficienti per stabilire l'età tipica d'esordio della piromania. La relazione tra l'appiccamento del fuoco nell'infanzia e la piromania in età adulta non è stata documentata. Negli individui con piromania, i casi di appiccamento del fuoco sono episodici e possono avere una frequenza fluttuante. Il decorso longitudinale è sconosciuto. Anche se l'appiccare il fuoco rappresenta un grave problema in bambini e adolescenti (oltre il 40% degli arrestati per i reati di incendio doloso negli Stati Uniti sono di età inferiore ai 18 anni), nell'infanzia la piromania sembra essere rara. L'appiccamento giovanile del fuoco è di solito associato a disturbo della condotta, disturbo da deficit di attenzione/iperattività o a un disturbo dell'adattamento.

Aspetti diagnostici correlati al genere

La piromania insorge molto più frequentemente nei maschi, specie in quelli con scarse capacità sociali e difficoltà di apprendimento.

Diagnosi differenziale

Altre cause di appiccamento intenzionale del fuoco. Prima di porre la diagnosi di piromania è importante escludere altre cause di appiccamento del fuoco. Un incendio può essere provocato intenzionalmente a scopo di lucro, sabotaggio o vendetta; per occultare un crimine; per fare una dichiarazione politica (per es., un atto di terrorismo o di protesta), o per attirare l'attenzione o ricevere dei riconoscimenti (per es., appiccare il fuoco per poi dare l'allarme ed evitare disgrazie). Nell'infanzia, l'appiccare il fuoco può anche verificarsi come parte della sperimentazione che accompagna lo sviluppo (per es., giocando con fiammiferi, accendini o fuoco).

Altri disturbi mentali. Una diagnosi separata di piromania non viene posta quando l'appiccamento del fuoco si verifica come parte del disturbo della condotta, di un episodio maniacale o del disturbo antisociale di personalità, oppure se si verifica in conseguenza di un delirio o un'allucinazione (per es., nella schizofrenia) o è attribuibile agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica (per es., epilessia). La diagnosi di piromania non dovrebbe essere posta anche quando l'appiccamento del fuoco dipende dall'alterazione di giudizio associata a disturbo neurocognitivo maggiore, disabilità intellettiva o intossicazione da sostanze.

Comorbilità

Sembra che per la piromania vi sia un'elevata comorbilità con disturbi da uso di sostanze, disturbo da gioco d'azzardo, disturbi depressivi e bipolari e altri disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta.

Cleptomania 312.32 (F63.2)

Criteri diagnostici

A. Ricorrente incapacità di resistere all'impulso di rubare oggetti di cui non c'è bisogno per l'uso personale o per il loro valore economico.

B. Crescente sensazione di tensione immediatamente prima di commettere il furto.

C. Piacere, gratificazione o sollievo nel momento in cui il furto viene commesso.

D. Il furto non viene compiuto per esprimere rabbia o vendetta, né in conseguenza di un delirio o un'allucinazione.

E. Il furto non è meglio spiegato dal disturbo della condotta, da un episodio maniacale o dal disturbo antisociale di personalità.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale della cleptomania è la ricorrente incapacità di resistere all'impulso di rubare oggetti anche se non ce n'è alcun bisogno per l'uso personale o per il loro valore economico (Criterio A). Prima del furto l'individuo avverte una crescente sensazione soggettiva di tensione (Criterio B); dopo averlo commesso, prova piacere, gratificazione o sollievo (Criterio C). Il furto non viene commesso per esprimere rabbia o vendetta, non è compiuto in conseguenza di un delirio o un'allucinazione (Criterio D) e non è meglio spiegato dal disturbo della condotta, da un episodio maniacale o dal disturbo antisociale di personalità (Criterio E). Gli oggetti vengono rubati nonostante siano tipicamente di scarso valore per l'individuo, che avrebbe potuto pagarli e che spesso li dà via o li getta. Occasionalmente l'individuo può ammucchiare gli oggetti rubati o restituirli di nascosto. Sebbene gli individui con questo disturbo evitino generalmente di rubare quando è probabile l'arresto immediato (per es., sotto gli occhi di un agente di polizia), essi di solito non programmano i furti né considerano appieno la possibilità di essere arrestati. Il furto è compiuto senza l'assistenza, o l'aiuto, da parte di altre persone.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con cleptomania tentano tipicamente di resistere all'impulso di rubare e sono consapevoli che si tratta di un'azione sbagliata e priva di senso. Frequentemente l'individuo ha il timore di essere arrestato e si sente depresso o in colpa per i furti che ha commesso. Le vie trasmettitoriali associate alle dipendenze comportamentali, fra le quali quelle associate ai sistemi serotoninergico, dopaminergico e oppioide, sembrano essere coinvolte anche nella cleptomania.

Prevalenza

La cleptomania si presenta nel 4-24% circa degli individui arrestati per taccheggio. La sua prevalenza nella popolazione generale è molto rara, circa 0,3-0,6%. Le femmine superano i maschi con un rapporto di 3:1.

Sviluppo e decorso

L'età di insorgenza della cleptomania è variabile, ma il disturbo spesso inizia nell'adolescenza. Comunque, il disturbo può iniziare nell'infanzia, nell'adolescenza o nell'età adulta e, in rari casi, nella tarda età adulta. Vi sono pochi dati sistematici sul decorso della cleptomania, ma sono stati descritti tre decorsi tipici: sporadica con brevi episodi e lunghi periodi di remissione; episodica con lunghi periodi di furti e altri di remissione; cronica con qualche grado di fluttuazione. Il disturbo può continuare per anni, nonostante le numerose condanne per taccheggio.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Non esistono studi controllati sulla storia familiare della cleptomania. Tuttavia, i parenti di primo grado degli individui con cleptomania possono presentare, rispetto alla popolazione generale, un tasso più elevato di disturbo ossessivo-compulsivo. Sembra anche che tra i parenti di individui con cleptomania vi sia un tasso maggiore, rispetto alla popolazione generale, di disturbi da uso di sostanze, tra cui il disturbo da uso di alcol.

Conseguenze funzionali della cleptomania

Il disturbo può causare difficoltà legali, familiari, di carriera e personali.

Diagnosi differenziale

Furto comune. La cleptomania dovrebbe essere distinta dai comuni furti commessi nei negozi o altrove. I furti comuni (premeditati e non) sono decisi e motivati in base all'utilità dell'oggetto o al suo valore economico. Alcuni individui, specie adolescenti, possono anche rubare come sfida, come atto di ribellione o come rito di passaggio. La diagnosi non viene posta se le altre caratteristiche tipiche della cleptomania non sono presenti. La cleptomania è estremamente rara, mentre il taccheggio è relativamente comune.

Simulazione. Nella simulazione, gli individui possono simulare i sintomi della cleptomania per evitare condanne penali.

Disturbo antisociale di personalità e disturbo della condotta. Il disturbo antisociale di personalità e il disturbo della condotta vengono distinti dalla cleptomania in base a un generale pattern di comportamento antisociale.

Episodi maniacali, episodi psicotici e disturbo neurocognitivo maggiore. La cleptomania dovrebbe essere distinta dai furti intenzionali o involontari che possono avvenire durante un episodio maniacale, in risposta a deliri o allucinazioni (come, per es., nella schizofrenia) o come conseguenza di un disturbo neurocognitivo maggiore.

Comorbilità

La cleptomania può essere associata all'acquisto compulsivo e a disturbi depressivi e bipolari (specie disturbo depressivo maggiore), disturbi d'ansia, disturbi dell'alimentazione (specie bulimia nervosa), disturbi della personalità, disturbi da uso di sostanze (specie disturbo da uso di alcol) e ad altri disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta.

Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione 312.9 (F91.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta. La categoria disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta. Questo viene fatto registrando "disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "ricorrenti esplosioni comportamentali di frequenza insufficiente").

Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta senza specificazione 312.9 (F91.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta. La categoria disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per un disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction

I disturbi correlati a sostanze contemplano 10 classi distinte di sostanze: alcol; caffeina; cannabis; allucinogeni (con categorie distinte per la fenciclidina [o con un'azione affine come le arilcicloesamine] e altri allucinogeni); inalanti; oppiacei; sedativi, ipnotici e ansiolitici; stimolanti (sostanze amfetaminosimili, cocaina e altri stimolanti); tabacco; e altre (o sconosciute) sostanze. Queste 10 classi non sono totalmente distinte. Tutte le sostanze che vengono assunte in eccesso hanno in comune l'attivazione diretta del sistema cerebrale di ricompensa, che è coinvolto nel rafforzamento dei comportamenti e nella produzione dei ricordi. Esse producono un'attivazione così intensa del sistema di ricompensa che le normali attività possono venire trascurate. Invece di ottenere l'attivazione del sistema di ricompensa attraverso comportamenti adattivi, le sostanze di abuso attivano direttamente i percorsi di ricompensa. I meccanismi farmacologici attraverso i quali ciascuna classe di sostanze produce una ricompensa sono differenti, ma sono quelle che noi chiamiamo sostanze ad attivare tipicamente il sistema e a produrre sensazione di piacere, spesso riferita come "sballo". Inoltre, individui con livelli inferiori di autocontrollo, che può riflettere compromissioni dei meccanismi cerebrali inibitori, possono essere particolarmente predisposti a sviluppare disturbi da uso di sostanze, a suggerire che le radici dei disturbi da uso di sostanze, per alcuni individui, possono essere osservate attraverso specifici comportamenti molto prima dell'esordio dell'uso attuale della sostanza stessa.

In aggiunta ai disturbi correlati a sostanze, questo capitolo comprende anche il disturbo da gioco d'azzardo, riflettendo l'evidenza che i comportamenti legati al gioco d'azzardo riescono ad attivare sistemi di ricompensa simili a quelli attivati dalle sostanze di abuso e producono alcuni sintomi comportamentali che sembrano comparabili a quelli prodotti dai disturbi da uso di sostanze. Sono stati descritti anche altri modelli di comportamento eccessivo, come il gioco d'azzardo su Internet, ma la ricerca su questa e altre sindromi comportamentali è meno chiara. Così, gruppi di comportamenti ripetitivi, da cui il termine *dipendenze comportamentali*, con sottocategorie quali "dipendenza da sesso", "dipendenza da esercizio fisico" o "dipendenza da acquisti" non sono compresi perché allo stato attuale non vi è sufficiente letteratura basata sulle evidenze per stabilire criteri diagnostici e descrizioni di decorso necessari per identificare questi comportamenti come disturbi mentali.

I disturbi correlati a sostanze si dividono in due gruppi: i disturbi da uso di sostanze e i disturbi indotti da sostanze. Le condizioni seguenti possono essere classificate come disturbi indotti da sostanze: intossicazione, astinenza e altri disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci (disturbi psicotici, disturbo bipolare e disturbi correlati, disturbi de-

Tabella 1 Diagnosi associate alla classe della sostanza

	Disturbi psicotici	Disturbi bipolari	Disturbi depressivi	Disturbi d'ansia	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati	Disturbi del sonno	Disturbi sessuali	Delirium	Disturbi neuro-cognitivi	Disturbi da uso di sostanze	Intossicazione da sostanze	Astinenza da sostanze
Alcol	I/W	I/W	I/W	I/W		I/W	I/W	I/W	I/W/P	X	X	X
Caffeina				I		I/W					X	X
Cannabis	I			I		I/W		I		X	X	X
Allucinogeni												
Fenciclidina	I	I	I	I				I		X	X	
Altri allucinogeni	I*	I	I	I				I		X	X	
Inalanti	I		I	I				I	I/P	X	X	
Oppiacei			I/W	W		I/W	I/W	I/W		X	X	X
Sedativi, ipnotici o ansiolitici	I/W	I/W	I/W	W		I/W	I/W	I/W	I/W/P	X	X	X
Stimolanti**	I	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I	I		X	X	X
Tabacco						W				X		X
Altri (o sconosciuti)	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W/P	X	X	X

Note. X = La categoria è riconosciuta nel DSM-5.
I = Lo specificatore "con esordio durante l'intossicazione" può essere annotato per la categoria.
W = Lo specificatore "con esordio durante l'astinenza" può essere annotato per la categoria.
I/W = Sia lo specificatore "con esordio durante l'intossicazione" sia lo specificatore "con esordio durante l'astinenza" possono essere annotati per la categoria.
P = Il disturbo è persistente.
* Anche disturbo percettivo persistente da allucinogeni (flashback).
** Incluse sostanze amfetaminosimili, cocaina e altri o non specificati stimolanti.

pressivi, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, delirium e disturbi neurocognitivi).

La sezione attuale inizia con una discussione generale dei set di criteri per un disturbo da uso di sostanze, intossicazione e astinenza da sostanze, e altri disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci, alcuni dei quali sono applicabili trasversalmente a più classi di sostanze. Poiché riflette alcuni aspetti caratteristici delle 10 classi di sostanze presenti in questo capitolo, il resto è organizzato per classi di sostanze e descrive, pertanto, i loro aspetti caratteristici. Al fine di facilitare le diagnosi differenziali, il testo e i criteri per i rimanenti disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci sono inclusi fra i disturbi con i quali condividono la fenomenologia (per es., il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci è nel capitolo "Disturbi depressivi"). Le categorie diagnostiche generali associate a ogni gruppo specifico di sostanze sono elencate nella Tabella 1.

Disturbi correlati a sostanze

Disturbi da uso di sostanze

Caratteristiche

La caratteristica essenziale di un disturbo da uso di sostanze è un cluster di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici che indicano come l'individuo continui a fare uso della sostanza nonostante i significativi problemi correlati alla sostanza. Come osservato nella Tabella 1, la diagnosi di disturbo da uso di sostanze può essere applicata a tutte le 10 classi comprese in questo capitolo, eccetto la caffeina. Per certe classi alcuni sintomi sono meno significativi e in pochi casi non tutti i sintomi sono applicabili (per es., i sintomi di astinenza non sono specificati per il disturbo da uso di fenciclidina, il disturbo da uso di altri allucinogeni o il disturbo da uso di inalanti).

Una caratteristica importante dei disturbi da uso di sostanze è un cambiamento sottostante nei circuiti cerebrali che può persistere anche dopo la disintossicazione, in particolare negli individui con disturbi gravi. Gli effetti comportamentali di questi cambiamenti cerebrali si manifestano nelle ripetute ricadute e in un intenso craving* per la sostanza quando gli individui vengono esposti a stimoli correlati a quel tipo di sostanza. Questi effetti persistenti possono trarre beneficio da approcci al trattamento a lungo termine.

Soprattutto la diagnosi di disturbo da uso di sostanze è basata su un pattern comportamentale patologico correlato all'uso della sostanza. Per facilitare l'organizzazione, fra i criteri, il Criterio A può essere considerato utilizzabile all'interno di raggruppamenti complessivi di *controllo compromesso*, *compromissione sociale*, *uso rischioso* e *criteri farmacologici*. La compromissione del controllo dell'uso della sostanza è il primo raggruppamento di criteri (Criteri 1-4). L'individuo può assumere la sostanza in quantitativi maggiori o per periodi più lunghi di quanto fosse nelle sue intenzioni (Criterio 1). L'individuo può esprimere un desiderio persistente di ridurre o regolare l'uso della sostanza e può riferire molteplici sforzi infruttuosi di diminuire o interromperne l'uso (Criterio 2). L'individuo può impiegare una grande quantità di tempo per procurarsi la sostanza, per

* Il termine *craving*, oggi usato comunemente anche nel linguaggio professionale italiano, indica un desiderio persistente e irresistibile per una determinata sostanza o per sostanze a effetti simili. [NdC]

usarla o per ristabilirsi dai suoi effetti (Criterio 3). In certi casi di disturbi da uso di sostanze più gravi, virtualmente tutte le attività quotidiane dell'individuo ruotano intorno alla sostanza stessa. Il craving (Criterio 4) si manifesta con un desiderio intenso o irresistibile per la sostanza che può verificarsi in qualsiasi momento ma più probabilmente in un ambiente dove questa veniva procurata o usata in precedenza. È stato anche dimostrato come il craving comporti il condizionamento classico e sia associato all'attivazione di specifiche strutture di ricompensa nel cervello. A chi è in preda a craving viene chiesto se c'è mai stato un momento in cui aveva un desiderio così forte di assumere la sostanza da non poter pensare ad altro. Il craving attuale viene spesso utilizzato come misura dell'esito del trattamento perché può essere un segnale di imminente ricaduta.

La compromissione sociale è il secondo raggruppamento di criteri (Criteri 5-7). L'uso ricorrente della sostanza può causare il fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola o a casa (Criterio 5). L'individuo può continuare a usare la sostanza nonostante abbia persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza (Criterio 6). Importanti attività sociali, lavorative o ricreative possono essere abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza (Criterio 7). L'individuo può ritirarsi dalle attività familiari e dagli hobby allo scopo di usare la sostanza.

L'uso rischioso della sostanza è il terzo raggruppamento di criteri (Criteri 8-9). Può assumere la forma dell'uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso (Criterio 8). L'individuo può continuare a usare la sostanza nonostante riconosca di avere problemi fisici o psicologici persistenti o ricorrenti, i quali, molto probabilmente, sono causati o esacerbati dalla sostanza stessa (Criterio 9). La questione chiave nel valutare questo criterio non è l'esistenza del problema, ma piuttosto il fallimento, da parte dell'individuo, di astenersi dall'uso della sostanza nonostante le difficoltà che causa.

I criteri farmacologici sono l'ultimo raggruppamento (Criteri 10 e 11). La tolleranza (Criterio 10) è segnalata dall'aver bisogno di dosi marcatamente aumentate della sostanza per ottenere l'effetto desiderato o da un effetto marcatamente ridotto quando si consuma la dose abituale. Il grado in cui si sviluppa la tolleranza varia notevolmente tra individui, come pure tra sostanze, e può comportare una varietà di effetti sul sistema nervoso centrale. Per esempio, la tolleranza alla depressione respiratoria e la tolleranza all'analgesia e alla coordinazione motoria si sviluppano con tassi di frequenza diversi a seconda della sostanza. Può essere difficile determinare la tolleranza dalla sola storia personale e possono essere utili esami di laboratorio (per es., alti livelli della sostanza nel sangue accoppiati a una scarsa evidenza di intossicazione suggeriscono una probabile tolleranza). La tolleranza deve essere anche distinta dalla variabilità individuale nella sensibilità iniziale agli effetti di sostanze particolari. Per esempio, alcuni bevitori principianti di alcol mostrano scarsa evidenza di intossicazione dopo tre o quattro drink, mentre altri di pari peso e con abitudini di bevuta simili presentano eloquio inceppato e mancanza di coordinazione.

L'astinenza (Criterio 11) è una sindrome che si verifica quando le concentrazioni di una sostanza nel sangue o nei tessuti declinano in un individuo che ha mantenuto un pesante e prolungato uso della sostanza stessa. Dopo aver sviluppato sintomi di astinenza, l'individuo tende a consumare la sostanza per attenuare i sintomi. I sintomi di astinenza variano notevolmente fra le classi di sostanze e sono previsti alcuni set di criteri separati per l'astinenza dalle diverse classi. Comunemente, si registrano marcati segni fisiologici di astinenza, in genere facilmente misurabili, con alcol, oppiacei e sedativi, ipnotici e ansiolitici. Spesso sono presenti segni e sintomi di astinenza con stimolanti (amfetamine e cocaina), come pure con tabacco e cannabis, anche se possono essere

meno evidenti. Significativi sintomi di astinenza *non* sono stati documentati in esseri umani dopo ripetuto uso di fenciclidina, altri allucinogeni e inalanti; pertanto, questo criterio non è compreso per queste sostanze. Né la tolleranza né l'astinenza sono necessarie per una diagnosi di disturbo da uso di sostanze. Tuttavia, per la maggior parte delle classi di sostanze, una storia pregressa di astinenza è associata a un decorso clinico più grave (cioè un esordio più precoce del disturbo da uso di sostanze, livelli più alti di assunzione della sostanza e un maggior numero di problemi correlati alla sostanza).

I sintomi di tolleranza e astinenza che si verificano durante appropriati trattamenti medici con farmaci prescritti (per es., oppiacei analgesici, sedativi, stimolanti) *non* vengono specificamente considerati durante la diagnosi di disturbo da uso di sostanze. È stato riconosciuto come la comparsa di tolleranza farmacologica "normale" e prevista, nonché di astinenza durante un trattamento medico, conducano a una diagnosi errata di "dipendenza" anche quando questi erano gli unici sintomi presenti. Individui i cui *unici* sintomi sono quelli che si verificano come risultato di un trattamento medico (cioè tolleranza e astinenza come parte della cura medica quando i farmaci sono assunti perché prescritti) non devono ricevere una diagnosi unicamente sulla base di questi sintomi. Tuttavia, farmaci su prescrizione possono essere usati in modo inappropriato, e un disturbo da uso di sostanze può essere correttamente diagnosticato quando sono presenti altri sintomi di comportamento di ricerca compulsiva della sostanza.

Gravità e specificatori

I disturbi da uso di sostanze si verificano con un ampio margine di gravità, da lieve a grave, con la gravità basata sul numero dei criteri sintomatologici manifestati. Come stima generale di gravità, un disturbo da uso di sostanze *lieve* è suggerito dalla presenza di 2-3 sintomi, *moderato* da 4-5 sintomi e *grave* da 6 o più sintomi. Il cambiamento della gravità nel corso del tempo è anche rilevabile dalle riduzioni o dagli aumenti nella frequenza e/o dose di sostanza usata, valutati tramite il resoconto diretto dall'individuo interessato, il resoconto di altri esperti, le osservazioni del clinico e i test biologici.

Per i disturbi da uso di sostanze sono disponibili, inoltre, i seguenti specificatori di decorso e gli specificatori per le caratteristiche descrittive: "in remissione precoce", "in remissione protratta", "in terapia agonista" e "in ambiente controllato".

La definizione di ognuna viene fornita all'interno dei rispettivi set di criteri.

Procedure di registrazione per i disturbi da uso di sostanze

Il clinico dovrebbe usare il codice che si applica alla classe di sostanze in questione, ma registrare la denominazione della *specifica sostanza*. Per esempio, il clinico dovrebbe registrare 304.10 (F13.20) disturbo da uso di alprazolam moderato (piuttosto che disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici moderato) o 305.70 (F15.10) disturbo da uso di metamfetamine lieve (piuttosto che disturbo da uso di stimolanti lieve). Per le sostanze che non rientrano in nessuna classe (per es., steroidi anabolizzanti), deve essere utilizzato il codice appropriato per "disturbo da uso di altre sostanze" con l'indicazione della sostanza specifica (per es., 305.90 [F19.10] disturbo da uso di steroidi anabolizzanti lieve). Se la sostanza assunta dall'individuo è sconosciuta, deve essere usato il codice per la classe "altre (o sconosciute)" (per es., 304.90 [F19.20] disturbo

da uso di sostanza sconosciuta grave). Se sono soddisfatti i criteri per più di un disturbo da uso di sostanze, dovrebbero essere diagnosticati tutti (per es., 304.00 [F11.20] disturbo da uso di eroina grave; 304.20 [F14.20] disturbo da uso di cocaina moderato).

Il codice ICD-10-CM appropriato per un disturbo da uso di sostanze dipende dalla presenza o meno di un disturbo in comorbilità nel disturbo indotto da sostanze (comprese intossicazione e astinenza). Nel suddetto esempio, il codice diagnostico per disturbo da uso di alprazolam moderato, F13.20, riflette l'assenza di un disturbo mentale indotto da alprazolam in comorbilità. Poiché i codici ICD-10-CM per i disturbi indotti da sostanze indicano sia la presenza (o l'assenza) sia la gravità del disturbo da uso di sostanze, i codici ICD-10-CM per i disturbi da uso di sostanze possono essere usati solo in assenza di un disturbo indotto da sostanze. Si vedano le sezioni individuali specifiche per singola sostanza per ulteriori informazioni di codifica.

Da notare come la parola *dipendenza* non sia applicata come termine diagnostico in questa classificazione, sebbene sia di uso comune in molti paesi per descrivere gravi problemi correlati all'uso compulsivo e abituale di sostanze. Il termine più neutro *disturbo da uso di sostanze* è utilizzato per descrivere l'ampia gamma del disturbo, da una forma lieve a uno stato grave con ricadute croniche di assunzione compulsiva di sostanza. Alcuni clinici sceglieranno di utilizzare la parola *dipendenza* per descrivere manifestazioni più estreme, ma la parola viene omessa nella terminologia diagnostica ufficiale del DSM-5 per il disturbo da uso di sostanze a causa della sua incerta definizione e della sua connotazione potenzialmente negativa.

Disturbi indotti da sostanze

La categoria complessiva dei disturbi indotti da sostanze comprende intossicazione, astinenza e altri disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci (per es., disturbo psicotico indotto da sostanze, disturbo depressivo indotto da sostanze).

Intossicazione e astinenza da sostanze

I criteri per l'intossicazione da sostanze sono compresi all'interno delle sezioni specifiche di ogni sostanza di questo capitolo. La caratteristica essenziale è lo sviluppo di una sindrome reversibile specifica per una sostanza, dovuta all'assunzione recente della sostanza (Criterio A). I problemi comportamentali clinicamente significativi o i cambiamenti psicologici associati all'intossicazione (per es., litigiosità, labilità dell'umore, capacità critica compromessa) sono attribuibili agli effetti fisiologici della sostanza sul sistema nervoso centrale e si sviluppano durante o subito dopo l'uso della sostanza (Criterio B). I sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (Criterio D). L'intossicazione da sostanze è comune fra coloro che hanno un disturbo da uso di sostanze, ma si verifica anche frequentemente in individui senza un disturbo da uso di sostanze. Questa categoria *non* si applica al tabacco.

I cambiamenti più comuni durante un'intossicazione comportano alterazioni della percezione, della vigilanza, dell'attenzione, del pensiero, della capacità critica, del comportamento psicomotorio e di quello interpersonale. Le intossicazioni a breve termine, o "acute", possono presentare segni e sintomi differenti dalle intossicazioni prolungate, o "croniche". Per esempio, dosi moderate di cocaina possono produrre inizialmente una tendenza a socializzare, ma se tali dosi vengono ripetute frequentemente, per giorni o settimane, può svilupparsi una tendenza all'isolamento sociale.

Quando è utilizzato nel suo significato fisiologico, il termine *intossicazione* è più generalizzato di intossicazione da sostanza come viene definito qui. Molte sostanze possono produrre cambiamenti fisiologici o psicologici che non sono necessariamente problematici. Per esempio, un individuo con tachicardia conseguente a uso di sostanze ha un effetto fisiologico, ma se questo è l'unico sintomo in assenza di comportamento problematico la diagnosi di intossicazione non si dovrebbe applicare. L'intossicazione, a volte, può persistere oltre il tempo nel quale la sostanza è rintracciabile nel corpo. Questo può essere dovuto al perdurare degli effetti sul sistema nervoso centrale, la cui remissione richiede più tempo di quanto ne richieda lo smaltimento della sostanza. Questi effetti dell'intossicazione a lungo termine devono essere distinti dall'astinenza (cioè sintomi provocati da una diminuzione della concentrazione di una sostanza nel sangue o nei tessuti).

I criteri di astinenza per una sostanza sono compresi all'interno delle sezioni specifiche di ogni sostanza di questo capitolo. La caratteristica essenziale è lo sviluppo di un cambiamento comportamentale problematico dovuto alla specifica sostanza, con aspetti fisiologici e cognitivi concomitanti, dovuti alla cessazione o alla riduzione dell'uso pesante e prolungato di una sostanza (Criterio A). La sindrome da sostanza specifica causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C). I sintomi non sono dovuti a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (Criterio D). L'astinenza è solitamente, anche se non sempre, associata a un disturbo da uso di sostanze. La maggior parte degli individui con astinenza prova un desiderio intenso di assumere nuovamente la sostanza per ridurre i sintomi.

Via di somministrazione e velocità degli effetti della sostanza

Le vie di somministrazione che producono un assorbimento più rapido ed efficiente nel circolo ematico (per es., per via endovenosa, fumando o con "sniffata" intranasale) tendono a causare un'intossicazione più intensa e maggiore probabilità di un uso della sostanza con pattern di aumento progressivo che conduce all'astinenza. Analogamente, le sostanze che agiscono rapidamente producono un'immediata intossicazione con più probabilità delle sostanze ad azione lenta.

Durata degli effetti

All'interno della stessa categoria di sostanze, quelle ad azione relativamente breve tendono ad avere un maggiore potenziale per lo sviluppo di astinenza rispetto a quelle con durata di azione più lunga. Tuttavia, le sostanze ad azione più lunga tendono ad avere una durata di astinenza più lunga. L'emivita della sostanza rispecchia in parallelo gli aspetti dell'astinenza: più lunga sarà la durata d'azione, più lungo sarà l'intervallo di tempo fra la cessazione dell'uso della sostanza e l'esordio dei sintomi di astinenza e più sarà lunga la durata dell'astinenza. In generale, più lungo è il periodo acuto di astinenza, meno intensa tende a essere la sindrome.

Uso di molteplici sostanze

L'intossicazione e l'astinenza da sostanze spesso implicano la presenza di sostanze diverse usate simultaneamente o sequenzialmente. In questi casi, ogni diagnosi deve essere registrata separatamente.

Risultati di laboratorio associati

Le analisi di laboratorio sui campioni di sangue e urine possono aiutare a determinare l'uso recente e le specifiche sostanze coinvolte. Tuttavia, un esame di laboratorio positivo di per sé non indica che l'individuo abbia un pattern di uso di sostanze che soddisfi i criteri per un disturbo da uso di sostanze o un disturbo indotto da sostanze, così come un esame negativo non esclude di per sé una diagnosi.

Gli esami di laboratorio possono essere utili nell'identificazione dell'astinenza. Se l'individuo manifesta un'astinenza da sostanza sconosciuta, gli esami di laboratorio possono aiutare a identificare la sostanza e possono anche essere d'aiuto nella differenziazione dell'astinenza da altri disturbi mentali. In aggiunta, il normale funzionamento dell'individuo in presenza di livelli elevati di una sostanza nel sangue suggerisce una tolleranza considerevole.

Sviluppo e decorso

Gli individui di età compresa fra i 18 e i 24 anni hanno tassi di prevalenza relativamente alti per l'uso di qualsiasi possibile sostanza. L'intossicazione è solitamente l'iniziale disturbo correlato alla sostanza e spesso comincia negli anni dell'adolescenza. L'astinenza può verificarsi a qualunque età fintantoché le specifiche sostanze sono state assunte in dosi sufficientemente alte per un periodo di tempo esteso.

Procedure di registrazione per intossicazione e astinenza

Il clinico dovrebbe usare il codice che si applica alla classe di sostanze in questione, ma registrare la denominazione della *specifica sostanza*. Per esempio, il clinico dovrebbe registrare 292.0 (F13.239) astinenza da secobarbital (piuttosto che astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici) o 292.89 (F15.129) intossicazione da metamfetamina (piuttosto che intossicazione da stimolante). Da notare che il codice diagnostico appropriato ICD-10-CM per l'intossicazione dipende dalla presenza o meno di un disturbo da uso di sostanze in comorbilità. In questo caso, il codice F15.129 per le metamfetamine indica la presenza di un disturbo da uso di metamfetamine lieve in comorbilità. Nel caso non ci fosse stato un disturbo da uso di metamfetamine in comorbilità, il codice diagnostico sarebbe stato F15.929. Le regole di codifica ICD-10-CM richiedono che tutti i codici per l'astinenza implichino un disturbo da uso di sostanze, moderato o grave, in comorbilità, per quella sostanza. Nel suddetto caso, il codice per l'astinenza da secobarbital (F13.239) indica la presenza di un disturbo da uso di secobarbital moderato o grave in comorbilità. Si veda la nota di codifica per l'intossicazione e le sindromi di astinenza da sostanza specifica, per le opzioni attuali di codifica.

Per le sostanze che non rientrano in nessuna delle classi (per es., steroidi anabolizzanti), dovrebbe essere usato il codice appropriato per "intossicazione da altre sostanze" e indicata la sostanza specifica (per es., 292.89 [F19.929] intossicazione da steroidi anabolizzanti). Se la sostanza assunta dall'individuo è sconosciuta, dovrebbe essere usato il codice per la classe "altra (o sconosciuta)" (per es., 292.89 [F19.929] intossicazione da sostanza sconosciuta). Se ci sono sintomi o problemi associati a una particolare sostanza ma non sono soddisfatti i criteri per qualche disturbo da sostanza specifica, può essere usata la categoria senza specificazione (per es., 292.9 [F12.99] disturbo correlato alla cannabis senza specificazione).

Come detto sopra, i codici ICD-10-CM correlati a una sostanza combinano l'aspetto del quadro clinico del disturbo da uso di sostanze e l'aspetto del quadro clinico del disturbo indotto da sostanza in un singolo codice combinato. Così, se sono presenti sia l'astinenza da eroina sia il disturbo da uso di eroina moderato, il singolo codice F11.23 è fornito per coprire entrambe le manifestazioni. Nell'ICD-9-CM sono forniti codici diagnostici separati (292.0 e 304.00) per indicare, rispettivamente, astinenza e disturbo da uso di eroina moderato. Per ulteriori informazioni di codifica si vedano le sezioni individuali specifiche per singola sostanza.

Disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci

I disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci sono potenzialmente gravi, solitamente temporanei, ma qualche volta persistono come sindromi del sistema nervoso centrale (SNC) che si sviluppano nel contesto degli effetti delle sostanze di abuso, dei farmaci o di diverse tossine. Sono distinti dai disturbi da uso di sostanze, nei quali un cluster di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici contribuisce all'uso continuato di una sostanza nonostante i problemi significativi correlati alla sostanza. I disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci possono essere indotti dalle 10 classi di sostanze che producono i disturbi da uso di sostanze o da una grande varietà di altri farmaci usati nei trattamenti medici. Ciascun disturbo mentale indotto da sostanze viene descritto nel capitolo relativo (per es., "Disturbi depressivi", "Disturbi neurocognitivi") e, perciò, qui viene offerta solo una breve descrizione. Tutti i disturbi indotti da sostanze/farmaci condividono caratteristiche comuni. È importante riconoscere queste caratteristiche comuni per aiutarsi nell'identificazione di questi disturbi. Queste caratteristiche sono descritte come segue:

A. Il disturbo rappresenta una manifestazione sintomatica clinicamente significativa propria di un disturbo mentale rilevante.

B. Vi è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo o dai risultati di laboratorio di entrambi i seguenti fattori:

   1. Il disturbo si è sviluppato durante o entro 1 mese da un'intossicazione da sostanza o astinenza o assunzione di un farmaco; e
   2. La sostanza/farmaco coinvolta è in grado di produrre il disturbo mentale.

C. Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo mentale indipendente (cioè un disturbo che non è indotto da sostanza o da farmaco). Tale evidenza di un disturbo mentale indipendente può comprendere quanto segue:

   1. Il disturbo ha preceduto l'esordio di una intossicazione grave o di astinenza o di esposizione al farmaco; oppure
   2. Il disturbo mentale completo è stato persistente per un sostanziale periodo di tempo (per es., almeno 1 mese) dopo la cessazione di un'astinenza acuta o di un'intossicazione grave o dell'assunzione di un farmaco. Questo criterio non si applica ai disturbi neurocognitivi indotti da sostanze o al disturbo percettivo persistente da allucinogeni, che durano oltre la cessazione dell'intossicazione acuta o dell'astinenza.

D. Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il decorso di un delirium.

E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Caratteristiche

Si possono fare alcune generalizzazioni rispetto alle categorie delle sostanze in grado di produrre disturbi mentali indotti da sostanze clinicamente rilevanti. Generalmente, le sostanze più sedanti (sedativi, ipnotici o ansiolitici e alcol) possono produrre disturbi depressivi evidenti e clinicamente significativi durante l'intossicazione, mentre condizioni d'ansia sono più probabilmente osservate durante le sindromi da astinenza da queste sostanze. Inoltre, durante l'intossicazione, le sostanze più stimolanti (per es., amfetamine e cocaina) sono più probabilmente associate a disturbi psicotici indotti da sostanze e disturbi d'ansia indotti da sostanze, con episodi depressivi maggiori indotti da sostanze osservati durante l'astinenza. Sia le sostanze più sedanti sia quelle più stimolanti producono probabilmente significativi ma temporanei disturbi del sonno e disfunzioni sessuali. Una panoramica sulla relazione fra specifiche categorie di sostanze e specifiche sindromi psichiatriche viene presentata nella Tabella 1.

Le condizioni indotte da farmaci comprendono quelle che sono spesso reazioni idiosincratiche del SNC o esempi relativamente estremi di effetti collaterali, per un'ampia gamma di farmaci assunti e per un'altrettanto ampia gamma di questioni mediche. Queste comprendono complicazioni neurocognitive da anestetici, antistaminici, antiipertensivi e da una varietà di altri farmaci e tossine (per es., organofosfati, insetticidi, monossido di carbonio), come descritto nel capitolo sui disturbi neurocognitivi. Sindromi psicotiche possono essere temporaneamente vissute nel contesto dei farmaci anticolinergici, cardiovascolari e steroidei, come pure durante l'uso di farmaci tipo stimolanti e depressogeni con prescrizione o vendita da banco. Alterazioni dell'umore temporanee ma gravi possono essere osservate per un'ampia gamma di farmaci, compresi steroidi, anti-ipertensivi, disulfiram e qualsiasi depressogeno o stimolante con prescrizione o vendita da banco. Una tale gamma di farmaci può essere associata a sindromi d'ansia temporanee, disfunzioni sessuali e condizioni di sonno disturbato.

In generale, perché sia considerato un disturbo mentale indotto da sostanze/farmaci, deve esserci evidenza che il disturbo osservato non possa essere meglio spiegato da una condizione mentale indipendente. Quest'ultima ha più probabilità di essere rilevata se il disturbo mentale era presente prima dell'intossicazione grave o dell'astinenza o della somministrazione di farmaci o, con l'eccezione di vari disturbi persistenti indotti da sostanze elencati nella Tabella 1, è continuato per oltre 1 mese dopo la cessazione dell'astinenza acuta, dell'intossicazione grave o dell'uso di farmaci. Quando i sintomi sono osservati solo durante un delirium (per es., delirium da astinenza da alcol), il disturbo mentale dovrebbe essere diagnosticato come delirium e la sindrome psichiatrica che si verifica durante il delirium non dovrebbe essere diagnosticata separatamente, poiché molti sintomi (compresi alterazioni dell'umore, ansia ed esame di realtà) sono comunemente rilevati durante gli stati confusionali e di agitazione. Le caratteristiche associate a ciascun disturbo mentale maggiore sono simili se osservate in disturbi mentali indipendenti o indotti da sostanze/farmaci. Tuttavia, è probabile che individui con disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci possano mostrare anche le caratteristiche associate rilevate per la specifica categoria di sostanze o farmaci, come da elenco in altre sottosezioni di questo capitolo.

Sviluppo e decorso

I disturbi mentali indotti da sostanze si sviluppano nel contesto di intossicazione o di astinenza da sostanze di abuso, e i disturbi mentali indotti da farmaci sono stati osservati sia con farmaci prescritti sia con farmaci da banco assunti nelle dosi suggerite. Entrambe le condizioni sono solitamente temporanee e, similmente, scompaiono nell'arco di circa 1 mese dalla cessazione dell'astinenza acuta, dell'intossicazione grave o dell'uso di farmaci. Come eccezione a queste generalizzazioni si verificano certi disturbi indotti da sostanze a lunga durata: disturbi neurocognitivi associati a sostanze che si legano a condizioni come disturbi neurocognitivi indotti da alcol, disturbi neurocognitivi indotti da inalanti, disturbi neurocognitivi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici; e disturbo percettivo persistente da allucinogeni ("flashback"; si veda la sezione "Disturbi correlati agli allucinogeni" più avanti in questo capitolo). Tuttavia, la maggior parte degli altri disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci, senza riguardo alla gravità dei sintomi, è probabile che migliori in modo relativamente veloce con l'astinenza e difficilmente rimane clinicamente rilevante per più di 1 mese dopo la completa cessazione dell'uso.

Come è vero per molte conseguenze del consumo pesante di sostanze, alcuni individui sono più portati a sviluppare disturbi indotti da specifiche sostanze e altri meno. Tipi simili di predisposizione possono rendere alcuni individui più suscettibili di sviluppare effetti collaterali psichiatrici di alcuni tipi di farmaci, ma non altri. Tuttavia, non è chiaro se individui con storia familiare o personale pregressa di sindromi psichiatriche indipendenti sviluppino più probabilmente sindromi indotte una volta considerato che la quantità e la frequenza dell'uso della sostanza sia sufficiente a determinare lo sviluppo di una sindrome indotta da sostanze.

Vi sono indicazioni che l'assunzione di sostanze di abuso o di alcuni farmaci con effetti collaterali psichiatrici nel contesto di un disturbo mentale preesistente si risolva probabilmente in un'intensificazione della preesistente sindrome indipendente. Il rischio di disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci è probabile aumenti sia con la quantità sia con la frequenza del consumo della relativa sostanza.

I profili sintomatologici dei disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci ricordano i disturbi mentali indipendenti. Mentre i sintomi dei disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci possono essere identici a quelli dei disturbi mentali indipendenti (per es., deliri, allucinazioni, psicosi, episodi depressivi maggiori, sindromi d'ansia) e sebbene possano avere le stesse conseguenze gravi (per es., suicidio), la maggior parte dei disturbi mentali indotti è suscettibile di miglioramento nell'arco di giorni/settimane di astinenza.

I disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci sono una parte importante delle diagnosi differenziali per le condizioni psichiatriche indipendenti. L'importanza di riconoscere un disturbo mentale indotto è simile alla rilevanza dell'individuazione del possibile ruolo di alcune condizioni mediche e reazioni farmacologiche prima di diagnosticare un disturbo mentale indipendente. I sintomi dei disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci possono essere trasversalmente identici a quelli dei disturbi mentali indipendenti, ma hanno trattamenti e prognosi differenti rispetto alla condizione di disturbo indipendente.

Conseguenze funzionali dei disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci

Le stesse conseguenze correlate al relativo disturbo mentale indipendente (per es., tentativi di suicidio) si possono applicare ai disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci, ma queste ultime possono scomparire nell'arco di 1 mese dall'inizio dell'astinenza. Analogamente, le stesse conseguenze funzionali associate al relativo disturbo da uso di sostanze possono essere osservate per i disturbi mentali indotti da sostanze.

Procedure di registrazione per i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci

Le note di codifica e le procedure di registrazione separate per i codici ICD-9-CM e ICD-10-CM per gli altri disturbi mentali indotti da specifiche sostanze/farmaci sono fornite negli altri capitoli del manuale con i disturbi con i quali condividono la fenomenologia (si vedano i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci in questi capitoli: "Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici", "Disturbi bipolari e disturbi correlati", "Disturbi depressivi", "Disturbi d'ansia", "Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati", "Disturbi del sonno-veglia", "Disfunzioni sessuali" e "Disturbi neurocognitivi"). In genere, nell'ICD-9-CM, se un disturbo mentale è indotto da un disturbo da uso di sostanze, viene dato un codice diagnostico separato per lo specifico disturbo da uso della sostanza, in aggiunta al codice per il disturbo mentale indotto da uso di sostanze/farmaci. Con l'ICD-10-CM, un singolo codice combina il disturbo mentale indotto da sostanze e il disturbo da uso di sostanze. Non viene posta una diagnosi separata del disturbo da uso di sostanze in comorbilità, sebbene la denominazione e la gravità dello specifico disturbo da uso della sostanza (se presente) sia usato nella registrazione del disturbo mentale indotto da sostanze/farmaci. I codici ICD-10-CM sono anche forniti per situazioni nelle quali il disturbo mentale indotto da sostanze/farmaci non è indotto da un disturbo da uso di sostanze (per es., quando un disturbo è indotto dall'uso di una sostanza o di un farmaco in una sola occasione). Informazioni aggiuntive necessarie alla registrazione della denominazione diagnostica del disturbo mentale indotto da sostanze/farmaci sono fornite nella sezione "Procedure di registrazione" per ciascun disturbo mentale indotto da sostanze/farmaci nel suo rispettivo capitolo.

Disturbi correlati all'alcol

- **Disturbo da uso di alcol**
- **Intossicazione da alcol**
- **Astinenza da alcol**
- **Altri disturbi indotti da alcol**
- **Disturbo correlato all'alcol senza specificazione**

Disturbo da uso di alcol

Criteri diagnostici

A. Un pattern problematico di uso di alcol che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1. L'alcol è spesso assunto in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.
2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di alcol.
3. Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi alcol, usare alcol o recuperare dai suoi effetti.
4. Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di alcol.

5. Uso ricorrente di alcol, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa.
6. Uso continuato di alcol nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti dell'alcol.
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di alcol.
8. Uso ricorrente di alcol in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso.
9. Uso continuato di alcol nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dall'alcol.
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. Un bisogno di quantità marcatamente aumentate di alcol per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato.
    b. Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di alcol.
11. Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. La caratteristica sindrome da astinenza da alcol (con riferimento ai Criteri A e B del set di criteri per l'astinenza da alcol, p. 585).
    b. L'alcol (o una sostanza strettamente correlata, come una benzodiazepina) viene assunto per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di alcol sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di alcol è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di alcol", che può essere soddisfatto).

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di alcol sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di alcol è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di alcol", che può essere soddisfatto).

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo si trova in un ambiente dove l'accesso all'alcol è limitato.

Codifica basata sulla gravità attuale: Nota per i codici ICD-10-CM: se vi sono anche un'intossicazione da alcol, un'astinenza da alcol o un altro disturbo mentale indotto da alcol, non usare i codici sotto indicati per disturbo da uso di alcol.

Per contro, il disturbo da uso di alcol in comorbilità viene indicato nel 4° carattere del codice del disturbo indotto da alcol (si veda la nota di codifica per intossicazione da alcol, astinenza da alcol o per uno specifico disturbo mentale indotto da alcol). Per esempio, se vi sono un'intossicazione da alcol e un disturbo da uso di alcol in comorbilità, viene fornito solo il codice per intossicazione da alcol, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di alcol in comorbilità è lieve, moderato o grave: F10.129 per disturbo da uso di alcol lieve con intossicazione da alcol o F10.229 per disturbo da uso di alcol moderato o grave con intossicazione da alcol.

Specificare la gravità attuale:

305.00 (F10.10) Lieve: Presenza di 2-3 sintomi.

303.90 (F10.20) Moderata: Presenza di 4-5 sintomi.

303.90 (F10.20) Grave: Presenza di 6 o più sintomi.

Specificatori

"In ambiente controllato" si applica come ulteriore specificatore di remissione, se l'individuo è in remissione e si trova in ambiente controllato (cioè in remissione precoce in ambiente controllato o in remissione protratta in ambiente controllato). Esempi di questi ambienti sono carceri con stretta sorveglianza e dove è escluso l'uso di qualsiasi tipo di sostanza, comunità terapeutiche e unità ospedaliere chiuse.

La gravità del disturbo è basata sul numero dei criteri diagnostici manifestati. Per un dato individuo, i cambiamenti nella gravità del disturbo da uso di alcol, nel corso del tempo, sono anche il riflesso della riduzione della frequenza (per es., i giorni di uso di alcol in un mese) e/o della dose (per es., il numero standard di drink consumati in una giornata) valutata tramite il resoconto autoriferito dall'individuo, quello di altri esperti, le osservazioni del clinico e, quando funzionale, i test biologici (per es., innalzamento dei valori nei test ematici, come descritto nella sezione "Marker diagnostici" per questo disturbo).

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo da uso di alcol è definito da un cluster di sintomi comportamentali e fisici, che possono comprendere astinenza, tolleranza e craving. L'astinenza da alcol è caratterizzata da sintomi di astinenza che si sviluppano circa 4-12 ore dopo la riduzione dell'assunzione, successiva a una prolungata, pesante ingestione di alcol. Poiché l'astinenza da alcol può essere sgradevole e intensa, gli individui possono continuare ad assumere alcol, nonostante le conseguenze negative, spesso per evitare o per attenuare i sintomi di astinenza. Alcuni sintomi di astinenza (per es., problemi del sonno) possono persistere con intensità minore per mesi e possono contribuire alla ricaduta. Una volta sviluppato un pattern di uso ripetitivo e intenso, gli individui con disturbo da uso di alcol possono dedicare consistenti periodi di tempo a procurarsi e consumare bevande alcoliche.

Il craving per l'alcol è indicato da un forte desiderio di bere che rende difficile pensare a qualsiasi altra cosa e che si risolve spesso nel cominciare a bere. Il rendimento scolastico e lavorativo può anche risentire dei postumi del bere o di un'attuale intossicazione a scuola o sul lavoro; la cura dei bambini e le responsabilità domestiche possono essere trascurate; si possono verificare assenze da scuola o dal lavoro correlate all'alcol. L'individuo può usare alcol in circostanze fisicamente pericolose (per es., guidando un'automobile, nuotando, utilizzando macchinari, mentre è intossicato). Infine, gli individui con un disturbo da uso di alcol possono continuare a consumare alcol nonostante siano consapevoli che il consumo continuato pone significativi problemi fisici (per es., perdita dei sensi, epatopatie), psicologici (per es., depressione), sociali o interpersonali (per es., liti violente con il coniuge mentre si è intossicati, abusi infantili).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il disturbo da uso di alcol è spesso associato a problemi simili a quelli associati ad altre sostanze (per es., cannabis; cocaina; eroina; amfetamine; sedativi, ipnotici o ansiolitici). L'alcol può essere usato per attenuare gli effetti indesiderati di queste altre sostanze o per sostituirle quando non sono disponibili. I sintomi manifestati da problemi della condotta, depressione, ansia e insonnia frequentemente accompagnano una pesante bevuta e, a volte, la precedono.

L'assunzione ripetuta di alte dosi di alcol può colpire quasi ogni apparato organico, specialmente il tratto gastrointestinale, il sistema cardiovascolare e il sistema nervoso

centrale e periferico. Gli effetti gastrointestinali comprendono gastrite, ulcera gastrica o duodenale e, in circa il 15% degli individui che consumano alcol in modo pesante, cirrosi epatica e pancreatite. Vi è anche un aumento del tasso di cancro dell'esofago, dello stomaco e di altre parti del tratto gastrointestinale. Una delle condizioni più comunemente associate è l'ipertensione di grado lieve. La cardiomiopatia e le altre miopatie sono meno comuni, ma si verificano con tasso aumentato tra chi beve in modo molto pesante. Questi fattori, insieme ad aumenti marcati dei livelli di trigliceridi e di lipoproteine del colesterolo a bassa densità, contribuiscono a un elevato rischio di cardiopatia. Le neuropatie periferiche possono essere evidenziate da debolezza muscolare, parestesie e diminuzione della sensibilità periferica. Effetti più persistenti sul sistema nervoso centrale comprendono deficit cognitivi, grave compromissione della memoria e modificazioni degenerative del cervelletto. Questi danni sono correlati agli effetti diretti dell'alcol o del trauma e a deficienze vitaminiche (particolarmente delle vitamine B, compresa la tiamina). Un effetto devastante sul sistema nervoso centrale è il relativamente raro disturbo amnestico persistente indotto da alcol o sindrome di Wernicke-Korsakoff, nel quale la capacità di codificare nuovi ricordi è gravemente compromessa. Questa condizione sarà ora descritta all'interno del capitolo "Disturbi neurocognitivi" e sarà definita un disturbo neurocognitivo indotto da sostanze/farmaci.

Il disturbo da uso di alcol è un importante contributo al rischio di suicidio durante un'intossicazione grave e nel contesto di un disturbo depressivo o bipolare temporaneo indotto da alcol. Vi è un aumento del tasso di comportamento suicidario così come di suicidi portati a termine tra gli individui con questo disturbo.

Prevalenza

Il disturbo da uso di alcol è un disturbo comune. Negli Stati Uniti, la prevalenza a 12 mesi per il disturbo da uso di alcol è stimata al 4,6% negli individui tra i 12 e i 17 anni e all'8,5% fra gli adulti di 18 anni e più. I tassi di questo disturbo sono maggiori tra i maschi adulti (12,4%) rispetto alle femmine adulte (4,9%). La prevalenza a 12 mesi del disturbo da uso di alcol fra gli adulti diminuisce nella mezza età, mentre la più alta è fra gli individui tra i 18 e i 29 anni (16,2%) e la più bassa fra gli individui che hanno 65 anni o più (1,5%).

La prevalenza a 12 mesi varia in modo marcato nella popolazione degli Stati Uniti, a seconda della razza e dei sottogruppi etnici. Tra 12 e 17 anni, i tassi sono più alti tra ispanici (6,0%), nativi americani e nativi dell'Alaska (5,7%), rispetto a bianchi (5,0%), afroamericani (1,8%), asiaticoamericani e isolani del Pacifico (1,6%). Per contro, fra gli adulti, la prevalenza del disturbo da uso di alcol a 12 mesi è chiaramente maggiore fra nativi americani e nativi dell'Alaska (12,1%) rispetto a bianchi (8,9%), ispanici (7,9%), afroamericani (6,9%), asiaticoamericani e isolani del Pacifico (4,5%).

Sviluppo e decorso

È molto probabile che il primo episodio di intossicazione da alcol si verifichi tra i 15 e i 17 anni. Problemi correlati all'alcol che non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo da uso di alcol o problemi isolati possono verificarsi prima dei 20 anni, ma l'età d'esordio di un disturbo da uso di alcol con due o più dei criteri raggruppati insieme ha il suo picco nella tarda adolescenza o all'inizio-metà dei 20 anni. La grande maggioranza degli individui che sviluppa disturbi correlati all'alcol, lo fa verso la fine dei 30 anni. La prima evidenza di astinenza è probabile che non compaia fino a quando non si siano sviluppati molti altri aspetti di un disturbo da uso di alcol. Un esordio

precoce di disturbo da uso di alcol viene osservato negli adolescenti con precedenti problemi della condotta e fra gli individui con un precoce esordio di intossicazione.

Il disturbo da uso di alcol ha un decorso variabile, frequentemente caratterizzato da periodi di remissione e di ricaduta. La decisione di smettere di bere, spesso in risposta a una crisi, tende a essere seguita da un periodo di settimane o più di astinenza, a loro volta seguite spesso da periodi limitati di bevute controllate o non problematiche. Tuttavia, una volta che l'assunzione di alcol ricomincia, è altamente probabile che il consumo si intensificherà rapidamente e che si svilupperanno ancora una volta gravi problemi.

Il disturbo da uso di alcol viene spesso erroneamente percepito come una condizione intrattabile, basandosi forse sul fatto che gli individui che si presentano per un trattamento riferiscono tipicamente una storia di molti anni di gravi problemi correlati all'alcol. Tuttavia, questi casi più gravi rappresentano soltanto una piccola percentuale degli individui con questo disturbo, e quello tipico ha una prognosi molto più promettente.

Fra gli adolescenti, un disturbo della condotta e un comportamento ripetutamente antisociale spesso si verificano in concomitanza con disturbi correlati all'alcol o a sostanze. Mentre la maggior parte degli individui con disturbo da uso di alcol sviluppa questa condizione prima dei 40 anni, vi è forse un 10% che ha un esordio più tardivo. I cambiamenti fisici correlati all'età, negli individui più anziani, causano un aumento della sensibilità agli effetti depressivi dell'alcol sul cervello; una diminuzione nei tassi di metabolismo epatico di una varietà di sostanze, compreso l'alcol; e percentuali diminuite di liquidi corporei. Questi cambiamenti, nella popolazione più anziana, possono causare lo sviluppo di intossicazioni più gravi con conseguenti problemi a più bassi livelli di consumo. I problemi correlati all'alcol nella popolazione più anziana sono anche associati, più probabilmente e in modo speciale, ad altre complicazioni mediche.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. I rischi ambientali e i fattori prognostici possono comprendere predisposizioni culturali al bere e all'intossicazione, la disponibilità di alcol (inclusi i costi), l'acquisizione di esperienze personali con l'alcol e i livelli di stress. Ulteriori potenziali mediatori di come i problemi con l'alcol si sviluppino in individui predisposti comprendono un uso più pesante di altre sostanze, esagerate aspettative positive sugli effetti dell'alcol e modalità ottimali per far fronte allo stress.

Fattori genetici e fisiologici. Il disturbo da uso di alcol investe le famiglie, con il 40-60% della variabilità del rischio spiegato da fattori genetici. Il tasso di questa condizione è da 3 a 4 volte maggiore nei parenti stretti di individui con disturbo da uso di alcol, con valori più alti per gli individui con un numero maggiore di membri della famiglia colpiti, con relazioni genetiche più strette con una persona colpita e con maggiore gravità dei problemi correlati all'alcol in quei parenti. Un tasso significativamente più alto di disturbo da uso di alcol esiste nel gemello monozigote rispetto al gemello dizigote di un individuo con disturbo da uso di alcol. È stato osservato un aumento da 3 a 4 volte del rischio in figli di individui con disturbo da uso di alcol, persino quando questi bambini venivano dati in adozione alla nascita e cresciuti da genitori adottivi che non avevano avuto questo disturbo.

I recenti progressi nella nostra comprensione dei geni che operano attraverso caratteristiche intermedie (o fenotipi) per influenzare il rischio di sviluppo di un disturbo da uso di alcol possono aiutare a identificare individui che potrebbero essere particolarmente a rischio, basso o alto, di disturbo da uso di alcol. Tra i fenotipi a basso rischio

ci sono le vampate acute al viso correlate all'uso di alcol (osservate soprattutto fra gli asiatici). L'alta vulnerabilità è associata a una schizofrenia preesistente o a disturbo bipolare, come pure l'impulsività (che produce tassi più elevati di tutti i disturbi da uso di sostanze e disturbo da gioco d'azzardo), e un alto rischio, specialmente per disturbo da uso di alcol, è associato a un basso livello di risposta (bassa sensibilità) all'alcol. Un certo numero di variazioni dei geni può spiegare la bassa risposta all'alcol o modulare i sistemi di ricompensa della dopamina; è importante notare, tuttavia, che qualunque variazione dei geni probabilmente può spiegare solo l'1-2% del rischio per questi disturbi.

Modificatori del decorso. In generale, alti livelli di impulsività sono associati a un esordio precoce e a un disturbo da uso di alcol più grave.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Nella maggior parte delle culture, l'alcol è la sostanza intossicante più frequentemente usata e contribuisce in modo considerevole alla morbilità e alla mortalità. È stato stimato che il 3,8% dei decessi e il 4,6% di vite segnate dalla disabilità sono complessivamente attribuibili all'alcol. Negli Stati Uniti, l'80% degli adulti (dai 18 anni in su) ha consumato alcol qualche volta nella sua vita, e il 65% è attualmente bevitore (negli ultimi 12 mesi). È stimato che il 3,6% della popolazione mondiale (15-64 anni di età) ha un disturbo da uso di alcol attuale (negli ultimi 12 mesi), con una prevalenza più bassa (1,1%) riscontrata nel continente africano, un tasso più elevato (5,2%) nel continente americano (Nordamerica, Sudamerica, Centroamerica e Caraibi) e il tasso più elevato in assoluto (10,9%) riscontrato nell'area dell'Europa dell'Est.

Polimorfismi dei geni per gli enzimi che metabolizzano l'alcol, l'alcol deidrogenasi e l'aldeide deidrogenasi, sono più spesso osservati fra gli asiatici e influenzano la risposta all'alcol. Mentre consumano alcol, gli individui con queste variazioni dei geni possono provare improvvise vampate di calore al viso e palpitazioni, reazioni che possono essere così gravi da limitare o precludere il futuro consumo di alcol e diminuire il rischio per il disturbo da uso di alcol. Queste variazioni dei geni sono osservate in circa il 40% dei giapponesi, cinesi, coreani e relativi gruppi etnici in tutto il mondo e sono correlate a rischi più bassi del disturbo.

Nonostante piccole variazioni che riguardano singole voci del criterio individuale, i criteri diagnostici mostrano risultati ugualmente buoni per la maggior parte delle razze/gruppi etnici.

Aspetti diagnostici correlati al genere

I maschi hanno tassi di bevute e disturbi correlati più alti rispetto alle femmine. Tuttavia, poiché le femmine generalmente pesano meno dei maschi, hanno più massa grassa e meno liquidi corporei, e metabolizzano meno l'alcol a livello di esofago e stomaco, è più probabile che sviluppino livelli più elevati di alcol nel sangue per drink rispetto ai maschi. Le femmine che bevono in modo pesante possono anche essere più vulnerabili dei maschi ad alcune conseguenze fisiche associate all'alcol, comprese le epatopatie.

Marker diagnostici

Gli individui, il cui bere pesante li pone a un elevato rischio per il disturbo da uso di alcol, possono essere riconosciuti sia tramite questionari standardizzati sia dall'innalzamento dei livelli nei test ematici, così da essere osservati come regolari forti bevitori. Queste misure non stabiliscono una diagnosi per disturbo correlato all'alcol, ma pos-

sono essere utili nel segnalare individui sui quali dovrebbero essere raccolte più informazioni. L'esame più diretto disponibile per misurare il consumo di alcol in modo trasversale è la *concentrazione di alcol nel sangue*, che può anche essere utilizzato per constatare la tolleranza all'alcol. Per esempio, un individuo con una concentrazione di 150 mg di etanolo per decilitro (dL) di sangue, che non mostra segni di intossicazione, si presume abbia acquisito almeno alcuni gradi di tolleranza all'alcol. A 200 mg/dL la maggior parte degli individui non tolleranti mostra un'intossicazione grave.

Relativamente agli esami di laboratorio, un indicatore di laboratorio sensibile per il bere pesante è un modesto o elevato innalzamento (>35 unità) o livelli normalmente alti della gamma-glutamiltransferasi (γGT). Questo dato può essere l'unico reperto di laboratorio. Almeno il 70% degli individui con un alto livello di γGT è un forte bevitore continuativo (cioè consuma otto o più drink al giorno di base). Un secondo test con livelli di sensibilità e specificità simili o addirittura maggiori è la transferrina priva di carboidrato (CDT), che a livelli di 20 o più unità è utile per riconoscere gli individui che regolarmente consumano otto o più drink al giorno. Dato che sia i livelli di γGT sia quelli di CDT tornano alla normalità dopo giorni o settimane da quando si è smesso di bere, entrambi questi marker risultano utili per il monitoraggio dell'astinenza, in particolare quando il clinico osserva aumenti piuttosto che diminuzioni nel tempo. La combinazione di CDT e γGT può presentare livelli ancora più alti di sensibilità e di specificità degli stessi esami usati singolarmente. Ulteriori test utili comprendono il volume corpuscolare medio (VCM), che può essere elevato a valori più alti della norma nei forti bevitori: questa alterazione è dovuta agli effetti tossici diretti dell'alcol sull'eritropoiesi. Sebbene il VCM possa essere utilizzato per riconoscere i forti bevitori, è tuttavia un metodo insufficiente per monitorare l'astinenza a causa della lunga emivita degli eritrociti. I test di funzionalità epatica (per es., alanina aminotransferasi [ALT] e la fosfatasi alcalina) possono rivelare una lesione epatica che è conseguenza del bere pesante. Altri potenziali marker dei forti bevitori, che sono meno specifici per l'alcol ma possono aiutare il clinico a riflettere sui possibili effetti dell'alcol stesso, comprendono l'innalzamento dei livelli di lipidi nel sangue (per es., trigliceridi e colesterolo ad alta densità lipoproteica) e livelli normalmente alti di acido urico.

Ulteriori marker diagnostici riportano a segni e sintomi che riflettono le conseguenze spesso associate al bere in modo pesante e persistente. Per esempio, dispepsia, nausea e gonfiore possono accompagnare gastrite ed epatomegalia, varici esofagee ed emorroidi possono riflettere alterazioni nel fegato indotte dall'alcol. Altri segni fisici del bere pesante comprendono tremore, marcia instabile, insonnia e disfunzione erettile. I maschi con disturbo cronico da uso di alcol possono manifestare testicoli di volume ridotto ed effetti femminilizzanti in associazione a ridotti livelli di testosterone. Il bere in modo pesante e ripetuto nelle femmine è associato a irregolarità mestruale e, in gravidanza, ad aborto spontaneo e a sindrome fetale da alcol. Gli individui con storie preesistenti di epilessia o di traumi cranici gravi hanno più probabilità di sviluppare convulsioni correlate all'alcol. L'astinenza da alcol può essere associata a nausea, vomito, gastrite, ematemesi, secchezza delle fauci, carnagione macchiata e gonfia e lieve edema periferico.

Conseguenze funzionali del disturbo da uso di alcol

Le caratteristiche diagnostiche del disturbo da uso di alcol evidenziano le principali aree di funzionamento vitale con più probabilità di essere compromesse. Queste comprendono la guida e l'utilizzo di macchinari, la scuola e il lavoro, le relazioni interpersonali e la comunicazione e la salute. I disturbi correlati all'alcol contribuiscono all'assenteismo dal lavoro, a incidenti sul luogo di lavoro e a basso rendimento lavorativo. I tassi sono più elevati tra gli individui senza fissa dimora, forse come riflesso di una spirale discendente nel funzionamento sociale e lavorativo, sebbene molti individui con disturbo da uso di alcol continuino a vivere con le loro famiglie e a funzionare nella loro professione.

Il disturbo da uso di alcol è associato a un aumento significativo del rischio di incidenti, violenza e suicidio. È stato stimato che un'ammissione su cinque presso le unità di cura intensiva in alcuni ospedali cittadini sia correlata all'alcol, e che il 40% degli individui negli Stati Uniti abbia fatto esperienza di un evento negativo correlato all'alcol almeno qualche volta nella vita: l'alcol risulta responsabile fino al 55% di eventi fatali durante la guida. Il disturbo da uso di alcol grave, specialmente in individui con disturbo antisociale di personalità, è associato alla perpetrazione di atti criminali, compreso l'omicidio. Il grave e problematico uso di alcol contribuisce anche alla disinibizione e a sentimenti di tristezza e irritabilità che, a loro volta, contribuiscono a tentativi di suicidio e a suicidi portati a termine.

Un'astinenza da alcol non prevista in individui ospedalizzati per i quali è stata trascurata una diagnosi di disturbo da uso di alcol può aggiungersi ai rischi e ai costi di ospedalizzazione e al tempo trascorso in ospedale.

Diagnosi differenziale

Uso non patologico dell'alcol. L'elemento chiave del disturbo da uso di alcol è l'uso di dosi pesanti di alcol con conseguente, ripetuto e significativo disagio o compromissione del funzionamento. Mentre la maggior parte dei bevitori a volte consuma abbastanza alcol da sentirsi intossicata, solo una minoranza (meno del 20%) sviluppa un disturbo da uso di alcol. Pertanto, bere, anche ogni giorno, in piccole dosi e un'intossicazione occasionale non determinano di per sé questa diagnosi.

Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici. I segni e sintomi del disturbo da uso di alcol sono simili a quelli osservati per il disturbo da uso di sedativi, ipnotici e ansiolitici. I due disturbi devono essere distinti, comunque, poiché il decorso può essere differente specialmente in relazione a problemi medici.

Disturbi della condotta nell'infanzia e disturbo antisociale di personalità in età adulta. Il disturbo da uso di alcol, insieme ad altri disturbi da uso di sostanze, viene osservato nella maggior parte degli individui con un disturbo antisociale di personalità e disturbo della condotta preesistenti. Poiché queste diagnosi sono associate a un esordio precoce del disturbo da uso di alcol, così come a una prognosi negativa, è importante definire entrambe le condizioni.

Comorbilità

I disturbi bipolari, la schizofrenia e il disturbo antisociale di personalità sono associati a un marcato aumento del tasso di disturbo da uso di alcol e vari disturbi d'ansia e depressivi possono ugualmente essere legati al disturbo da uso di alcol. Almeno una parte dell'associazione riferita fra la depressione e un disturbo da uso di alcol da moderato a grave può essere attribuibile a temporanei sintomi depressivi in comorbilità, indotti da alcol, come risultato degli effetti acuti di un'intossicazione o di un'astinenza. Una grave, ripetuta intossicazione da alcol può anche sopprimere i meccanismi immunitari e predisporre gli individui a infezioni e all'aumento del rischio di cancro.

Intossicazione da alcol

Criteri diagnostici

A. Recente ingestione di alcol.

B. Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (per es., comportamento sessuale inappropriato o aggressivo, labilità dell'umore, capacità critica compromessa) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'ingestione di alcol.

C. Uno (o più) dei seguenti segni o sintomi, che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso di alcol:

1. Eloquio inceppato.
2. Mancanza di coordinazione.
3. Andatura instabile.
4. Nistagmo.
5. Compromissione dell'attenzione o della memoria.
6. Stupor o coma.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa un'intossicazione da altra sostanza.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **303.00**. Il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, un disturbo da uso di alcol in comorbilità. Se vi è un disturbo da uso di alcol lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F10.129** e se vi è un disturbo da uso di alcol moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F10.229**. Se non vi è un disturbo da uso di alcol in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F10.929**.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'intossicazione da alcol è la presenza di comportamenti problematici clinicamente significativi o di cambiamenti psicologici (per es., comportamento sessuale inappropriato o aggressivo, labilità dell'umore, capacità critica compromessa, compromissione del funzionamento sociale o lavorativo), che si sviluppano durante, o poco dopo, l'ingestione di alcol (Criterio B). Questi cambiamenti sono accompagnati da evidenza di compromissione funzionale e della capacità critica e, se l'intossicazione è intensa, possono risolversi in un coma con rischio per la vita. I sintomi non devono essere attribuibili a un'altra condizione medica (per es., chetoacidosi diabetica), non sono il riflesso di una condizione quale il delirium, e non sono correlati a intossicazione da altre sostanze depressogene (per es., benzodiazepine) (Criterio D). I livelli di mancata coordinazione possono interferire con la capacità di guida e le prestazioni nelle attività abituali fino al punto di causare incidenti. Evidenza dell'uso di alcol può essere ottenuta annusando l'alito dell'individuo, stimolando il racconto dell'accaduto dallo stesso individuo o da altro osservatore e, se necessario, con il prelievo di campioni di espirato, sangue, urine dell'individuo per le analisi tossicologiche.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'intossicazione da alcol è qualche volta associata ad amnesia per gli eventi che si sono verificati durante l'intossicazione ("blackout"). Questo fenomeno può essere correlato alla presenza di un elevato livello di alcol nel sangue e, forse, alla rapidità con la quale

questo livello viene raggiunto. Durante intossicazioni da alcol anche lievi, è possibile che vengano osservati sintomi differenti nei vari momenti del decorso. Un'evidenza di intossicazione da alcol lieve può essere osservata nella maggior parte degli individui approssimativamente dopo due drink (ogni drink standard corrisponde a circa 10-12 grammi di etanolo e innalza la concentrazione di alcol nel sangue a circa 20 mg/dL). Nel periodo in cui l'individuo comincia a bere, quando i livelli di alcol nel sangue si stanno alzando, i sintomi spesso comprendono loquacità, sensazione di benessere, umore brillante ed espansivo. Successivamente, specialmente quando i livelli di alcol nel sangue si stanno abbassando, l'individuo tende a diventare progressivamente più depresso, introverso e compromesso a livello cognitivo. A livelli molto elevati di alcol nel sangue (per es., 200-300 mg/dL), un individuo che non ha sviluppato tolleranza all'alcol tende a addormentarsi e a entrare in un primo stadio di anestesia. Livelli superiori di alcol nel sangue (per es., oltre i 300-400 mg/dL) possono causare inibizione del respiro e della pressione, fino al decesso in individui non tolleranti. La durata dell'intossicazione dipende dalla quantità di alcol consumato e in quanto tempo. In generale, il corpo è in grado di metabolizzare circa un drink ogni ora, così che il livello di alcol nel sangue diminuisce generalmente a un tasso di 15-20 mg/dL per ora. I segni e i sintomi di intossicazione tendono a essere più intensi quando il livello di alcol nel sangue sta salendo rispetto a quando sta scendendo.

L'intossicazione da alcol è un contributo importante al comportamento suicidario. Sembra vi sia un aumento del tasso di comportamento suicidario, come pure di suicidi portati a termine, fra le persone intossicate da alcol.

Prevalenza

La grande maggioranza dei consumatori di alcol probabilmente è stata intossicata a differenti livelli a un certo punto della propria vita. Per esempio, nel 2010, il 44% degli studenti dell'ultimo anno delle scuole superiori ha ammesso di essersi "ubriacato" durante l'anno precedente, con oltre il 70% degli studenti universitari che ha riferito la stessa cosa.

Sviluppo e decorso

L'intossicazione di solito si verifica come episodio che si sviluppa, abitualmente, nell'arco di minuti-ore e tipicamente permane per diverse ore. Negli Stati Uniti, l'età media della prima intossicazione è intorno ai 15 anni circa, con la prevalenza più alta fra i 18 e i 25 anni. La frequenza e l'intensità di solito diminuiscono ulteriormente con l'avanzare dell'età. Più precoce è l'esordio di un'intossicazione regolare, maggiore è la probabilità che l'individuo sviluppi un disturbo da uso di alcol.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Episodi di intossicazione da alcol aumentano in soggetti con caratteristiche di personalità improntate alla ricerca di sensazioni e all'impulsività.

Fattori ambientali. Episodi di intossicazione da alcol aumentano in un ambiente con forti bevitori.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Una delle principali questioni che attraversa le varie culture riguarda l'uso di alcol in generale. Così, le confraternite e le comunità femminili universitarie possono incorag-

giare l'intossicazione da alcol. Questa condizione è frequente anche in certe date dal significato culturale (per es., Capodanno) e, per alcuni sottogruppi, durante eventi particolari (per es., veglie funebri). Altri sottogruppi incoraggiano a bere durante celebrazioni religiose (per es., le festività ebraiche e cattoliche), mentre altri scoraggiano ancora fortemente il bere o l'intossicazione in qualsiasi modo (per es., alcuni gruppi religiosi come i mormoni, i cristiani fondamentalisti e i musulmani).

Aspetti diagnostici correlati al genere

Storicamente, in molte società occidentali, l'accettazione del bere e dell'ubriachezza è più tollerata nei confronti dei maschi, ma queste differenze di genere possono essere meno evidenti negli ultimi anni, specialmente durante l'adolescenza e la prima età adulta.

Marker diagnostici

L'intossicazione è definita, normalmente, osservando il comportamento di un individuo e annusando l'alcol nell'alito. Il grado di intossicazione aumenta con il livello di alcol nell'espirato o nel sangue dell'individuo e con l'ingestione di altre sostanze, specialmente quelle con effetti sedativi.

Conseguenze funzionali dell'intossicazione da alcol

Negli Stati Uniti, l'intossicazione da alcol contribuisce ogni anno a più di 30.000 morti correlate all'alcol. In aggiunta, l'intossicazione da questa sostanza contribuisce a costi enormi associati alla guida in stato di ebbrezza, perdita di produttività a scuola e sul lavoro, come pure a litigiosità interpersonale e scontri fisici.

Diagnosi differenziale

Altre condizioni mediche. Diverse condizioni mediche (per es., acidosi diabetica) e neurologiche (per es., atassia cerebellare, sclerosi multipla) possono temporaneamente ricordare un'intossicazione da alcol.

Intossicazione da sedativi, ipnotici e ansiolitici. L'intossicazione da sostanze sedative, ipnotiche, ansiolitiche o da altri sedanti (per es., antistaminici e farmaci anticolinergici) può essere scambiata per intossicazione da alcol. La diagnosi differenziale richiede di osservare l'alcol nell'espirato, misurare i livelli di alcol nell'espirato e nel sangue, espletare un iter medico e raccogliere una buona anamnesi. I segni e i sintomi dell'intossicazione da sedativi-ipnotici sono molto simili a quelli osservati nell'intossicazione da alcol e comprendono comportamenti problematici o cambiamenti psicologici simili. Questi cambiamenti sono accompagnati dall'evidenza di una compromissione funzionale e della capacità critica – che, se intensa, può risolversi in un coma con rischio per la vita – e a livelli di mancata coordinazione che possono interferire con la capacità di guida e le prestazioni nelle attività abituali. Tuttavia, non vi è nell'alito l'odore presente con l'alcol, ma vi è molto probabilmente l'evidenza dell'abuso di una sostanza depressogena nelle analisi tossicologiche su sangue e urine.

Comorbilità

L'intossicazione da alcol può verificarsi in comorbilità con intossicazione da altre sostanze, specialmente in individui con disturbo della condotta o disturbo antisociale di personalità.

Astinenza da alcol

Criteri diagnostici

A. Cessazione (o riduzione) dell'uso di alcol che è stato pesante e prolungato.

B. Due (o più) dei seguenti sintomi, che si sviluppano da alcune ore a diversi giorni dopo la cessazione (o riduzione) dell'uso di alcol come descritto nel Criterio A:

1. Iperattività autonomica (per es., sudorazione o frequenza del polso maggiore di 100 bpm).
2. Aumento del tremore a livello delle mani.
3. Insonnia.
4. Nausea o vomito.
5. Allucinazioni o illusioni visive, tattili o uditive transitorie.
6. Agitazione psicomotoria.
7. Ansia.
8. Convulsioni tonico-cloniche generalizzate.

C. I segni o sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa l'intossicazione o l'astinenza da altra sostanza.

Specificare se:

Con alterazioni percettive: Questo specificatore si applica nei rari casi in cui le allucinazioni (generalmente visive o tattili) si verificano con un esame di realtà integro, oppure quando le illusioni uditive, visive o tattili si verificano in assenza di delirium.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **291.81**. Il codice ICD-10-CM per l'astinenza da alcol senza alterazioni percettive è **F10.239** e il codice ICD-10-CM per l'astinenza da alcol con alterazioni percettive è **F10.232**. Da notare che il codice ICD-10-CM indica la presenza in comorbilità di un disturbo da uso di alcol moderato o grave, a riflettere il fatto che l'astinenza da alcol può verificarsi solo in presenza di un disturbo da uso di alcol moderato o grave. Non è invece concesso codificare l'astinenza da alcol con un disturbo da uso di alcol lieve in comorbilità.

Specificatori

Quando le allucinazioni si verificano in assenza di delirium (cioè ad apparato sensorio lucido), dovrebbe essere considerata una diagnosi di disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'astinenza da alcol è la presenza della tipica sindrome da astinenza che si sviluppa entro diverse ore o alcuni giorni dopo la cessazione (o la riduzione) di un uso di alcol pesante e prolungato (Criteri A e B). La sindrome da astinenza comprende due o più dei sintomi che riflettono iperattività autonomica o ansia elencate nel Criterio B, unitamente a sintomi gastrointestinali.

I sintomi di astinenza causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C). I sintomi non vanno attribuiti ad altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo d'ansia generalizzata), compresa intos-

sicazione o astinenza da altra sostanza (per es., astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici) (Criterio D).

I sintomi possono essere attenuati somministrando alcol o benzodiazepine (per es., diazepam). I sintomi di astinenza tipicamente iniziano quando le concentrazioni di alcol nel sangue rapidamente declinano (cioè entro 4-12 ore) dopo che l'uso di alcol è stato interrotto o ridotto. A riflettere il relativamente veloce metabolismo dell'alcol, i sintomi dell'astinenza da alcol di solito hanno un picco di intensità durante il secondo giorno di astinenza e tendono a migliorare in modo marcato con il quarto e quinto giorno. A seguito di un'astinenza acuta, tuttavia, i sintomi di ansia, insonnia e disfunzione autonomica possono persistere fino a 3-6 mesi a livelli di intensità più bassi.

Meno del 10% degli individui che sviluppa un'astinenza da alcol svilupperà sintomi drammatici (per es., grave iperattività autonomica, tremori, delirium da astinenza da alcol). Convulsioni tonico-cloniche si verificano in meno del 3% degli individui.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Sebbene la confusione e i cambiamenti nello stato di coscienza non siano il nucleo dei criteri per l'astinenza da alcol, durante quest'ultima può verificarsi delirium da astinenza da alcol (si veda "Delirium" nel capitolo "Disturbi neurocognitivi"). Come è vero per qualsiasi stato di agitazione e di confusione, a prescindere dalla causa, in aggiunta a un disturbo della coscienza e della cognizione, il delirium da astinenza può comprendere allucinazioni visive, tattili o (raramente) uditive (delirium tremens). Quando il delirium da astinenza da alcol si sviluppa, è probabile che sia presente una condizione medica clinicamente rilevante (per es., insufficienza epatica, polmonite, sanguinamento gastrointestinale, postumi di trauma cranico, ipoglicemia, squilibrio elettrolitico o uno stato postoperatorio).

Prevalenza

Si stima che circa il 50% della classe media, individui altamente funzionanti con disturbo da uso di alcol, non abbiano mai fatto esperienza di una sindrome da astinenza da alcol completa. Tra gli individui con un disturbo da uso di alcol, che sono ospedalizzati o senza fissa dimora, il tasso di astinenza da alcol può essere superiore all'80%. Meno del 10% di individui in astinenza ha mostrato delirium da astinenza da alcol o convulsioni da astinenza.

Sviluppo e decorso

Un'astinenza acuta da alcol si verifica come un episodio che abitualmente dura 4-5 giorni e solo dopo prolungati periodi in cui si è bevuto pesantemente. L'astinenza è relativamente rara in individui più giovani di 30 anni, e il rischio e la gravità aumentano con gli anni.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. La probabilità di sviluppare astinenza da alcol aumenta con la quantità e la frequenza del consumo di alcol. La maggior parte degli individui con questa condizione beve tutti i giorni, consuma grandi quantità di alcol (approssimativamente più di 8 drink al giorno), per molti giorni. Tuttavia, vi sono grandi differenze fra gli individui, con rischi elevati per gli individui che hanno condizioni mediche concomitanti, quelli con storia familiare di astinenza da alcol (cioè una componente genetica), quelli con precedenti astinenze, e gli individui che consumano sostanze sedative, ipnotiche o ansiolitiche.

Marker diagnostici

L'iperattività autonomica, nel contesto di livelli di alcol nel sangue moderatamente alti ma in discesa, e una storia di bevute pesanti e prolungate indicano una probabilità di astinenza da alcol.

Conseguenze funzionali dell'astinenza da alcol

I sintomi di astinenza possono servire a perpetuare il comportamento da bevitore e contribuire alle ricadute, causando una persistente compromissione del funzionamento in ambito sociale e lavorativo. I sintomi che richiedono una disintossicazione sotto controllo medico si risolvono in un ricovero ospedaliero, con perdita della produttività lavorativa. Soprattutto, la presenza di astinenza è associata a una maggiore compromissione funzionale e peggiore prognosi.

Diagnosi differenziale

Altre condizioni mediche. I sintomi di astinenza da alcol possono anche essere simulati da alcune condizioni mediche (per es., ipoglicemia e chetoacidosi diabetica). Il tremore essenziale, un disturbo che frequentemente si manifesta tra i familiari, può erroneamente suggerire il tremore associato ad astinenza da alcol.

Astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici. L'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici produce una sindrome molto simile a quella dell'astinenza da alcol.

Comorbilità

L'astinenza si verifica più probabilmente con assunzione di alcol più pesante e può più spesso essere osservata in individui con disturbo della condotta e disturbo antisociale di personalità. Gli stati di astinenza sono anche più gravi negli individui più anziani, individui che sono dipendenti anche da altre sostanze depressogene (sedativi-ipnotici) e individui che in passato hanno avuto più esperienze di astinenza da alcol.

Altri disturbi indotti da alcol

I seguenti disturbi indotti da alcol vengono descritti in altri capitoli del manuale insieme ai disturbi con i quali condividono la fenomenologia (si vedano, in questi capitoli, i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci): disturbo psicotico indotto da alcol ("Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici"); disturbo bipolare indotto da alcol ("Disturbi bipolari e disturbi correlati"); disturbo depressivo indotto da alcol ("Disturbi depressivi"); disturbo d'ansia indotto da alcol ("Disturbi d'ansia"); disturbo del sonno indotto da alcol ("Disturbi del sonno-veglia"); disfunzione sessuale indotta da alcol ("Disfunzioni sessuali"); disturbo neurocognitivo maggiore o lieve indotto da alcol ("Disturbi neurocognitivi"). Per il delirium da intossicazione da alcol e per il delirium da astinenza da alcol, si vedano i criteri e la discussione sul delirium nel capitolo "Disturbi neurocognitivi". Questi disturbi indotti da alcol vengono diagnosticati al posto dell'intossicazione da alcol o dell'astinenza da alcol solo quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Caratteristiche

I profili dei sintomi per una condizione indotta da alcol ricordano i disturbi mentali indipendenti, come descritto altrove nel DSM-5. Tuttavia, il disturbo indotto da alcol è temporaneo e osservato dopo un'intossicazione grave e/o astinenza da alcol. Mentre i sintomi possono essere identici a quelli dei disturbi mentali indipendenti (per es., psicosi, disturbo depressivo maggiore) e mentre possono avere le stesse gravi conseguenze (per es., tentativi di suicidio), le condizioni indotte da alcol è probabile che migliorino senza un trattamento formale entro giorni o settimane dopo la cessazione dell'intossicazione grave e/o dell'astinenza.

Ciascun disturbo mentale indotto da alcol è elencato nella sezione diagnostica relativa e perciò qui viene offerta solo una breve descrizione. I disturbi indotti da alcol devono essere stati sviluppati nel contesto di un'intossicazione grave e/o di un'astinenza dalla sostanza in grado di produrre il disturbo mentale. Inoltre, ci deve essere evidenza che il disturbo osservato non sia eventualmente meglio spiegato da un altro disturbo mentale non indotto da alcol. Quest'ultimo è probabile che si verifichi se il disturbo mentale era presente prima dell'intossicazione grave o dell'astinenza, o continua per più di un mese dopo la cessazione dell'intossicazione grave e/o dell'astinenza. Quando i sintomi vengono osservati solo durante un delirium, devono essere considerati parte del delirium e non diagnosticati separatamente, come molti sintomi (compresi alterazioni dell'umore, ansia ed esame di realtà) sono comunemente osservati durante stati confusionali e di agitazione. Il disturbo indotto da alcol deve essere clinicamente rilevante, causando significativi livelli di disagio o una significativa compromissione funzionale. Infine, vi sono indicazioni che l'assunzione di sostanze di abuso nel contesto di un disturbo mentale preesistente probabilmente causerà un'intensificazione della preesistente sindrome indipendente.

Le caratteristiche associate a ciascuno specifico disturbo mentale maggiore (per es., episodi psicotici, disturbo depressivo maggiore) sono simili sia se osservate nel contesto di una condizione indipendente sia in una condizione indotta da alcol. Tuttavia, gli individui con disturbi indotti da alcol tendono probabilmente a mostrare anche le caratteristiche associate osservate con un disturbo da uso di alcol, come elencate nelle sottosezioni di questo capitolo.

I tassi di disturbi indotti da alcol variano molto a seconda della categoria diagnostica. Per esempio, il rischio di vita per episodi depressivi maggiori in individui con disturbo da uso di alcol è circa del 40%, ma solo da un terzo a metà di questi disturbi rappresenta sindromi depressive maggiori indipendenti osservate al di fuori del contesto dell'intossicazione. Tassi simili al disturbo del sonno indotto da alcol e alle condizioni d'ansia sono probabili, ma gli episodi psicotici indotti da alcol risultano estremamente rari.

Sviluppo e decorso

Una volta presenti, i sintomi di una condizione indotta da alcol tendono a rimanere clinicamente rilevanti tanto a lungo quanto l'individuo continua a fare esperienza di intossicazione e/o astinenza grave. Mentre i sintomi sono identici a quelli dei disturbi mentali indipendenti (per es., psicosi, disturbo depressivo maggiore) e mentre possono avere le stesse gravi conseguenze (per es., tentativi di suicidio), tutte le sindromi indotte da alcol oltre al disturbo neurocognitivo indotto da alcol, tipo amnestico confabulatorio (disturbo amnestico persistente indotto da alcol), senza considerare la gravità dei sintomi, tendono a migliorare in modo relativamente veloce e a non rimanere clinicamente rilevanti per più di 1 mese dopo la cessazione dell'intossicazione grave e/o dell'astinenza.

I disturbi indotti da alcol sono una parte importante delle diagnosi differenziali per le condizioni mentali indipendenti. Schizofrenia, disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare e disturbi d'ansia, come il disturbo di panico, indipendenti, è probabile siano associati a periodi sintomatologici di molto maggiore durata e spesso richiedono trattamenti farmacologici più lunghi per ottimizzare la possibilità di miglioramento o guarigione. Le condizioni indotte da alcol, d'altra parte, è probabile che siano molto più brevi come durata e che svaniscano entro alcuni giorni fino a 1 mese dopo la cessazione dell'intossicazione grave e/o dell'astinenza, anche senza psicofarmaci.

L'importanza di riconoscere un disturbo indotto da alcol è simile alla rilevanza del riconoscimento del possibile ruolo di alcune condizioni endocrine e reazioni farmacologiche prima di diagnosticare un disturbo mentale indipendente. Alla luce dell'alta prevalenza dei disturbi da uso di alcol in tutto il mondo, è importante che queste diagnosi di condizioni indotte da alcol vengano considerate prima che siano diagnosticati disturbi mentali indipendenti.

Disturbo correlato all'alcol senza specificazione 291.9 (F10.99)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato all'alcol, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato all'alcol o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.

Disturbi correlati alla caffeina

- Intossicazione da caffeina
- Astinenza da caffeina
- Altri disturbi indotti da caffeina
- Disturbo correlato alla caffeina senza specificazione

Intossicazione da caffeina 305.90 (F15.929)

Criteri diagnostici

A. Recente consumo di caffeina (tipicamente in dosi elevate ben oltre i 250 mg).

B. Cinque o più dei seguenti segni o sintomi che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di caffeina:

1. Irrequietezza.
2. Nervosismo.
3. Eccitamento.
4. Insonnia.

5. Vampate al volto.
6. Diuresi.
7. Disturbi gastrointestinali.
8. Contratture muscolari.
9. Flusso incoerente del pensiero e dell'eloquio.
10. Tachicardia o aritmia cardiaca.
11. Periodi di resistenza alla fatica.
12. Agitazione psicomotoria.

C. I segni o sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa un'intossicazione da altra sostanza.

Caratteristiche diagnostiche

La caffeina può essere consumata attraverso un gran numero di sostanze differenti, compresi caffè, tè, soda con caffeina, bevande "energetiche", analgesici da banco e antinfluenzali, energizzanti (per es., drink), sostanze per la perdita di peso e cioccolato. La caffeina è inoltre sempre più usata come additivo per vitamine e prodotti alimentari. Oltre l'85% dei bambini e degli adulti consuma regolarmente caffeina. Alcuni consumatori di caffeina mostrano sintomi coerenti con un uso problematico, comprese tolleranza e astinenza (si veda "Astinenza da caffeina" più avanti in questo capitolo); i dati per determinare il significato clinico di un disturbo da uso di caffeina e la sua prevalenza non sono al momento disponibili. Per contro, vi sono evidenze che l'astinenza da caffeina e l'intossicazione da caffeina sono clinicamente significative e sufficientemente prevalenti.

La caratteristica essenziale dell'intossicazione da caffeina è il consumo recente di caffeina e cinque o più segni o sintomi che si sviluppano durante o subito dopo l'uso (Criteri A e B). I sintomi comprendono irrequietezza, nervosismo, eccitamento, insonnia, vampate al volto, diuresi e disturbi gastrointestinali, che possono verificarsi in dosi basse (per es., 200 mg) in individui vulnerabili quali i bambini, gli anziani o individui che non sono mai stati precedentemente esposti all'azione della caffeina. I sintomi che generalmente compaiono a livelli superiori a 1 g/die comprendono contratture muscolari, flusso incoerente del pensiero e dell'eloquio, tachicardia o aritmia cardiaca, periodi di resistenza alla fatica e agitazione psicomotoria. Un'intossicazione da caffeina può anche non verificarsi nonostante una forte assunzione di caffeina, per lo sviluppo di tolleranza. I segni o sintomi devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C). I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo d'ansia) o intossicazione da altra sostanza (Criterio D).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Con alte dosi di caffeina possono verificarsi lievi disturbi a carico del sensorio (per es., tinnito alle orecchie o flash luminosi). Sebbene grandi dosi di caffeina possano aumentare la frequenza cardiaca, dosi minori possono rallentare la frequenza cardiaca. Non è chiaro se l'eccesso dell'assunzione di caffeina può causare cefalee. All'esame obiettivo possono essere osservati agitazione, irrequietezza, sudorazione, tachicardia, vampate al volto e aumento della motilità intestinale. I livelli di caffeina nel sangue possono fornire informazioni importanti per la diagnosi, specialmente quando l'individuo presenta una storia poco certa, anche se questi livelli di per sé non sono diagnostici in ragione della variabilità individuale della risposta alla caffeina.

Prevalenza

La prevalenza dell'intossicazione da caffeina nella popolazione generale non è chiara. Negli Stati Uniti, circa il 7% della popolazione può fare esperienza di cinque o più sintomi uniti a compromissione funzionale coerente con una diagnosi di intossicazione da caffeina.

Sviluppo e decorso

In coerenza con un'emivita della caffeina di circa 4-6 ore, i sintomi di intossicazione da caffeina di solito si risolvono entro il primo giorno o quasi, e non sono conosciute conseguenze durature. Tuttavia, gli individui che consumano dosi di caffeina molto elevate (cioè 5-10 g) possono richiedere un'attenzione medica immediata, poiché simili dosi possono essere letali.

Con l'avanzamento dell'età, gli individui mostrano probabilmente reazioni intense e crescenti alla caffeina, con maggiori lamentele di interferenza col sonno o sensazioni di hyperarousal. L'intossicazione da caffeina è stata osservata fra gli individui giovani dopo il consumo di prodotti ad alto contenuto di caffeina, comprese bevande energetiche. Bambini e adolescenti possono essere a più alto rischio di intossicazione da caffeina a causa del basso peso corporeo, della mancanza di tolleranza e della mancanza di conoscenza circa gli effetti farmacologici della caffeina.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. L'intossicazione da caffeina viene spesso osservata fra gli individui che usano caffeina meno frequentemente o in quelli che hanno recentemente aumentato la loro assunzione di caffeina con una considerevole quantità. Inoltre, i contraccettivi orali diminuiscono significativamente l'eliminazione di caffeina e, di conseguenza, possono aumentare il rischio di intossicazione.

Fattori genetici e fisiologici. I fattori genetici possono influenzare il rischio di intossicazione da caffeina.

Conseguenze funzionali dell'intossicazione da caffeina

La compromissione da intossicazione da caffeina può avere conseguenze gravi, compresi disfunzione lavorativa o scolastica, condanna sociale o fallimento nell'adempimento degli obblighi di ruolo. In più, dosi di caffeina estremamente alte possono essere fatali. In alcuni casi, l'intossicazione da caffeina può precipitare un disturbo indotto da caffeina.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi mentali. L'intossicazione da caffeina può essere caratterizzata da sintomi (per es., attacchi di panico) che ricordano i disturbi mentali primari. Per soddisfare i criteri dell'intossicazione da caffeina, i sintomi non devono essere associati a un'altra condizione medica o a un altro disturbo mentale, come un disturbo d'ansia, che posso-

no spiegarli meglio. Episodi maniacali; disturbo di panico; disturbo d'ansia generalizzata; intossicazione da amfetamine; astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici o astinenza da tabacco; disturbi del sonno; ed effetti collaterali indotti da farmaci (per es., acatisia) possono causare un quadro clinico simile a quello dell'intossicazione da caffeina.

Altri disturbi indotti da caffeina. La relazione temporale fra i sintomi e l'aumento dell'uso di caffeina o l'astinenza da caffeina aiuta a stabilire la diagnosi. L'intossicazione da caffeina si differenzia dal disturbo d'ansia indotto da caffeina, con esordio durante l'intossicazione (si veda "Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci" nel capitolo "Disturbi d'ansia"), e il disturbo del sonno indotto da caffeina, con esordio durante l'intossicazione (si veda "Disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci" nel capitolo "Disturbi del sonno-veglia"), per il fatto che i sintomi in questi ultimi disturbi sono in eccesso rispetto a quelli abitualmente associati a intossicazione da caffeina e sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Comorbilità

Le dosi dietetiche tipiche di caffeina non sono state coerentemente associate a problemi medici. Tuttavia, un uso pesante (per es., >400 mg) può causare o esacerbare ansia e sintomi somatici e sofferenza gastrointestinale. Con dosi acute ed estremamente elevate di caffeina, le crisi epilettiche e le difficoltà respiratorie possono causare la morte. L'uso eccessivo di caffeina è associato a disturbi depressivi, disturbi bipolari, disturbi dell'alimentazione, disturbi psicotici, disturbi del sonno e disturbi correlati a sostanze, così che gli individui con disturbi d'ansia tendono maggiormente a evitare la caffeina.

Astinenza da caffeina 292.0 (F15.93)

Criteri diagnostici

A. Uso quotidiano prolungato di caffeina.

B. Brusca cessazione o riduzione dell'uso di caffeina, seguito entro 24 ore da tre (o più) dei seguenti segni o sintomi:
   1. Cefalea.
   2. Affaticamento marcato o fiacchezza.
   3. Umore disforico, umore depresso o irritabilità.
   4. Difficoltà di concentrazione.
   5. Sintomi tipo influenza (nausea, vomito o dolori muscolari/rigidità).

C. I segni o sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I segni o sintomi non sono associati agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica (per es., emicrania, patologia virale) e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione o astinenza da altra sostanza.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'astinenza da caffeina è la presenza di una sindrome da astinenza specifica che si sviluppa dopo la brusca cessazione (o la sostanziale riduzione) dell'ingestione quotidiana e prolungata di caffeina (Criterio B). La sindrome da astinenza da caffeina è indicata da tre o più delle seguenti condizioni (Criterio B): cefalea, affaticamento marcato o fiacchezza; umore disforico, umore depresso o irritabilità; difficoltà di concentrazione; sintomi tipo influenza (nausea, vomito o dolori muscolari/rigidità). La sindrome da astinenza causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C). I sintomi non devono essere associati agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (Criterio D).

La cefalea è il caratteristico segno distintivo dell'astinenza da caffeina e può essere diffusa, con sviluppo graduale, con palpitazioni, grave e sensibile al movimento. Tuttavia, altri sintomi di astinenza da caffeina possono verificarsi in assenza di cefalea. La caffeina è la sostanza comportamentale attiva più largamente usata al mondo ed è presente in molti differenti tipi di bevande (per es., caffè, tè, mate, bibite, bevande energetiche), cibi, energizzanti, farmaci, integratori dietetici. Poiché l'ingestione di caffeina è spesso integrata nei costumi sociali e nei rituali quotidiani (per es., la pausa caffè, l'ora del tè), alcuni consumatori di caffeina possono non essere a conoscenza della loro dipendenza fisica dalla caffeina. Così, i sintomi di astinenza da caffeina possono presentarsi inaspettati ed essere attribuiti erroneamente ad altre cause (per es., influenza, emicrania). Inoltre, i sintomi di astinenza da caffeina possono verificarsi quando agli individui è richiesto di astenersi da cibi e bevande prima di procedure mediche o quando la dose abituale di caffeina non viene assunta a causa di cambiamenti nella routine (per es., durante i viaggi, i weekend).

La probabilità e la gravità dell'astinenza da caffeina aumentano generalmente in funzione della dose abituale giornaliera di caffeina. Vi è tuttavia una grande variabilità fra gli individui, e fra gli individui coinvolti si manifestano episodi diversi nell'incidenza, gravità e tempo di decorso dei sintomi di astinenza. I sintomi di astinenza da caffeina possono manifestarsi dopo una brusca interruzione di dosi quotidiane croniche relativamente basse di caffeina (per es., 100 mg).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'astinenza da caffeina si è mostrata in associazione a compromissione delle performance comportamentali e cognitive (per es., attenzione prolungata). Studi elettroencefalografici hanno mostrato che i sintomi di astinenza da caffeina sono associati in modo significativo all'aumento di fase theta e alla diminuzione di fase beta-2. Durante l'astinenza da caffeina sono state riferite, inoltre, una riduzione nella motivazione professionale e una diminuita socializzazione. È stato documentato un aumento nell'uso di analgesici durante l'astinenza da caffeina.

Prevalenza

Più dell'85% degli adulti e dei bambini negli Stati Uniti consuma regolarmente caffeina, con i consumatori adulti che ne ingeriscono circa 280 mg in media al giorno. L'incidenza e la prevalenza dei sintomi di astinenza da caffeina nella popolazione generale non sono chiare. Negli Stati Uniti, la cefalea può verificarsi in circa il 50% dei casi di astinenza da caffeina. Nel tentativo di bloccare l'uso di caffeina in modo permanente, più del 70% degli individui può fare esperienza di almeno un sintomo di astinenza da caffeina (il 47% può soffrire di cefalea) e il 24% può soffrire di cefalea unitamente a uno o più altri sintomi, così come può fare esperienza di compromissione funzionale dovuta ad astinenza da caffeina. Tra gli individui che si astengono dall'uso di caffeina per almeno 24 ore, ma non hanno intenzione di cessare in modo permanente l'uso di caffeina, l'11% può soffrire di cefalea unitamente a uno o più altri sintomi, come pu-

re compromissione funzionale. I consumatori di caffeina possono far diminuire l'incidenza dell'astinenza da caffeina utilizzando la caffeina quotidianamente o solo in modo infrequente (per es., per non più di 2 giorni consecutivi). La riduzione graduale dell'uso di caffeina per un periodo di giorni o settimane può far diminuire l'incidenza e la gravità dell'astinenza da caffeina.

Sviluppo e decorso

I sintomi, di solito, iniziano 12-24 ore dopo l'ultima dose di caffeina e il picco si manifesta dopo 1-2 giorni di astinenza. I sintomi di astinenza da caffeina durano per 2-9 giorni, con la possibilità che si verifichino cefalee da astinenza fino a 21 giorni dopo. I sintomi, di solito, si risolvono rapidamente (entro 30-60 minuti) dopo la nuova ingestione di caffeina.

La caffeina è unica in quanto si tratta di una sostanza attiva sul comportamento che è consumata da individui di quasi tutte le età. I tassi di consumo di caffeina, e soprattutto il livello di consumo di caffeina, aumentano con l'età fino all'inizio-metà dei 30 anni, per poi stabilizzarsi. Sebbene l'astinenza da caffeina sia stata documentata tra i bambini e gli adolescenti, si sa relativamente poco circa i fattori di rischio dell'astinenza da caffeina in questo gruppo di età. L'uso di bevande energetiche ad alto contenuto di caffeina sta aumentando negli individui giovani, il che potrebbe aumentare il rischio di astinenza da caffeina.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. È stato osservato un uso pesante di caffeina tra gli individui con disturbi mentali, compresi i disturbi dell'alimentazione, i fumatori, i carcerati, gli abusatori di sostanze e alcol. Così, questi individui potrebbero essere a più alto rischio di astinenza da caffeina in caso di astinenza acuta da caffeina.

Fattori ambientali. La non disponibilità di caffeina è un fattore di rischio ambientale per sintomi di astinenza incipienti. Mentre la caffeina è legale e largamente e abitualmente disponibile, ci sono condizioni in cui l'uso di caffeina può essere limitato, per esempio durante procedure mediche, gravidanza, ospedalizzazione, osservanze religiose, tempo di guerra, viaggi e partecipazione a ricerche. Queste circostanze ambientali esterne possono far precipitare, in individui vulnerabili, una sindrome da astinenza.

Fattori genetici e fisiologici. I fattori genetici sembrano aumentare la vulnerabilità all'astinenza da caffeina, ma non è stato identificato alcun gene specifico.

Modificatori del decorso. I sintomi di astinenza da caffeina di solito si risolvono entro 30-60 minuti dalla riesposizione alla caffeina. Dosi di caffeina significativamente inferiori a quelle di abituale uso quotidiano possono essere sufficienti per prevenire o attenuare i sintomi di astinenza da caffeina (per es., consumo di 25 mg da parte di un individuo che tipicamente ne consuma 300 mg).

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Abituali consumatori di caffeina che digiunano per motivi religiosi possono essere a più alto rischio di astinenza da caffeina.

Conseguenze funzionali del disturbo di astinenza da caffeina

I sintomi di astinenza da caffeina possono variare da lievi a estremi, causando a volte compromissione funzionale nelle normali attività quotidiane. I tassi di compromissione funzionale oscillano dal 10 al 55% (in media 13%), con tassi fino al 73% riscontrati fra individui che mostrano anche altre caratteristiche problematiche da uso di caffeina. Esempi di compromissione funzionale comprendono anche l'incapacità di lavorare, di fare esercizio fisico, di aver cura dei bambini; il rimanere a letto tutto il giorno; il mancare alle funzioni religiose; il terminare in anticipo una vacanza; e cancellare gli eventi sociali. Le cefalee da astinenza da caffeina possono essere descritte dagli individui come "le peggiori cefalee" mai provate. Sono state osservate anche diminuzioni nelle performance cognitiva e motoria.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi medici ed effetti collaterali medici. Diversi disturbi devono essere considerati nella diagnosi differenziale dell'astinenza da caffeina. L'astinenza da caffeina può imitare l'emicrania e altri disturbi cefalalgici, malattie virali, condizioni a livello sinusale, tensione, stati di astinenza da altre sostanze (per es., amfetamine, cocaina) ed effetti collaterali da farmaci. La determinazione finale dell'astinenza da caffeina dovrebbe poggiare sulla determinazione del pattern e della quantità consumata, il tempo di intervallo fra l'astinenza da caffeina e l'esordio dei sintomi, e le particolari caratteristiche cliniche manifestate dall'individuo. Una dose di caffeina che faccia da stimolo seguita dalla remissione dei sintomi può essere usata per confermare la diagnosi.

Comorbilità

L'astinenza da caffeina può essere associata a disturbo depressivo maggiore, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, disturbo antisociale di personalità negli adulti, disturbo da uso di alcol moderato o grave, uso di cannabis e cocaina.

Altri disturbi indotti da caffeina

I seguenti disturbi indotti da caffeina vengono descritti in altri capitoli del manuale insieme ai disturbi con i quali condividono la fenomenologia (si vedano i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci in questi capitoli): disturbo d'ansia indotto da caffeina ("Disturbi d'ansia") e disturbo del sonno indotto da caffeina ("Disturbi del sonno-veglia"). Questi disturbi indotti da caffeina vengono diagnosticati al posto dell'intossicazione da caffeina o dell'astinenza da caffeina solo quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato alla caffeina senza specificazione

292.9 (F15.99)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato alla caffeina, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato alla caffeina o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.

Disturbi correlati alla cannabis

- Disturbo da uso di cannabis
- Intossicazione da cannabis
- Astinenza da cannabis
- Altri disturbi indotti da cannabis
- Disturbo correlato alla cannabis senza specificazione

Disturbo da uso di cannabis

Criteri diagnostici

A. Un pattern problematico di uso di cannabis che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1. La cannabis è spesso assunta in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.
2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di cannabis.
3. Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi la cannabis, usare la cannabis o recuperare dai suoi effetti.
4. Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di cannabis.
5. Uso ricorrente di cannabis, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa.
6. Uso continuato di cannabis nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti di cannabis.
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di cannabis.
8. Uso ricorrente di cannabis in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso.
9. Uso continuato di cannabis nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla cannabis.
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. Un bisogno di quantità marcatamente aumentate di cannabis per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato.
    b. Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di cannabis.
11. Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. La caratteristica sindrome da astinenza di cannabis (con riferimento ai Criteri A e B del set dei criteri per astinenza da cannabis, p. 606).
    b. La cannabis (o una sostanza strettamente correlata) viene assunta per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di cannabis sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di cannabis è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di cannabis", che può essere soddisfatto).

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di cannabis sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di cannabis è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di cannabis", che può essere soddisfatto).

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo si trova in un ambiente dove l'accesso alla cannabis è limitato.

Codifica basata sulla gravità attuale: Nota per i codici ICD-10-CM: se vi è anche un'intossicazione da cannabis, un'astinenza da cannabis, o un altro disturbo mentale indotto da cannabis, non usare i codici sotto indicati per disturbo da uso di cannabis. Per contro, il disturbo da uso di cannabis in comorbilità viene indicato nel 4° carattere del codice del disturbo indotto da cannabis (si veda la nota di codifica per intossicazione da cannabis, astinenza da cannabis o per uno specifico disturbo mentale indotto da cannabis). Per esempio, se vi sono un disturbo d'ansia indotto da cannabis e un disturbo da uso di cannabis in comorbilità, viene fornito solo il codice per disturbo d'ansia indotto da cannabis, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di cannabis in comorbilità è lieve, moderato o grave: F12.180 per disturbo da uso di cannabis lieve con disturbo d'ansia indotto da cannabis o F12.280 per disturbo da uso di cannabis moderato o grave con disturbo d'ansia indotto da cannabis.

Specificare la gravità attuale:

305.20 (F12.10) Lieve: Presenza di 2-3 sintomi.

304.30 (F12.20) Moderata: Presenza di 4-5 sintomi.

304.30 (F12.20) Grave: Presenza di 6 o più sintomi.

Specificatori

"In ambiente controllato" si applica come ulteriore specificatore di remissione, se l'individuo è in remissione e si trova in ambiente controllato (cioè in remissione precoce in ambiente controllato o in remissione protratta in ambiente controllato). Esempi di questi ambienti sono carceri con stretta sorveglianza e dove è escluso l'uso di qualsiasi tipo di sostanza, comunità terapeutiche e unità ospedaliere chiuse.

In un individuo, i cambiamenti nella gravità del disturbo nel corso del tempo si riflettono anche nei cambiamenti della frequenza e/o della dose utilizzata di cannabis (per es., numero di giorni di uso in un mese o numero di volte in un giorno), valutati tramite il resoconto autoriferito dall'individuo, quello di altri esperti, le osservazioni del clinico e i test biologici.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo da uso di cannabis e gli altri disturbi correlati alla cannabis comprendono problemi associati a sostanze derivate dalla pianta di cannabis e composti sintetici chimicamente simili. Nel tempo, questo materiale vegetale ha accumulato molte denominazioni (per es., erba, spinello, marijuana, maria giovanna, grass, weed, pot, dagga, dope, bhang, shunk, boma, gangster, kif e ganja). Un estratto concentrato della pianta di cannabis comunemente usato è l'hashish. *Cannabis* è il generico e forse più appropriato termine scientifico per la/e sostanza/e psicoattiva/e derivata/e dalla pianta e, come tale, viene usato in questo manuale per riferirsi a tutte le forme di sostanze cannabinosimili, compresi i composti cannabinoidi sintetici.

Le formulazioni orali sintetiche (pillole/capsule) di delta-9-tetraidrocannabinolo (delta-9-THC) sono disponibili su prescrizione per un certo numero di indicazioni

mediche approvate (per es., nausea e vomito causate da chemioterapia; per anoressia e perdita di peso negli individui con AIDS). Altri composti cannabinoidi sintetici sono stati prodotti e distribuiti per usi non medici sotto forma di materiale vegetale spruzzato con una formulazione cannabinoide (per es., K2, Spice, JWH-018, JWH-073).

I cannabinoidi hanno diversi effetti a livello cerebrale, tra cui il più significativo è l'azione sui recettori dei cannabinoidi CB1 e CB2 che si trovano in tutto il sistema nervoso centrale. I ligandi endogeni di questi recettori si comportano essenzialmente come neurotrasmettitori. La potenza della cannabis (concentrazione di delta-9-THC) generalmente disponibile varia notevolmente, oscillando dall'1 a circa il 15% nella cannabis sotto forma di tipico materiale vegetale e al 10-20% nell'hashish. Durante i due decenni scorsi è stato osservato un costante aumento nella potenza della cannabis sequestrata.

La cannabis viene abitualmente fumata utilizzando una varietà di metodi: pipe, pipe ad acqua (bongs o hookahs), sigarette (canne o spinelli) o, più recentemente, in carta di sigari scavati (blunt). La cannabis viene talvolta ingerita oralmente, tipicamente mescolata al cibo. Più recentemente sono stati messi a punto dispositivi attraverso i quali la cannabis viene "vaporizzata". La vaporizzazione comporta il riscaldamento del materiale vegetale per il rilascio del cannabinoide psicoattivo per l'inalazione. Come per altre sostanze psicoattive, il fumo (e la vaporizzazione) produce tipicamente un esordio più rapido ed esperienze più intense degli effetti desiderati.

Gli individui che usano regolarmente cannabis possono sviluppare tutte le caratteristiche diagnostiche generali di un disturbo da uso di sostanze. Il disturbo da uso di cannabis viene comunemente osservato come il solo disturbo da uso di sostanze sperimentato dall'individuo; tuttavia, frequentemente si verifica anche in concomitanza con disturbi da uso di altri tipi di sostanze (per es., alcol, cocaina, oppiacei). Nei casi in cui vengano usate molteplici sostanze, spesso l'individuo può minimizzare i sintomi correlati alla cannabis, poiché possono essere meno gravi o causare meno danno di quelli direttamente correlati all'uso di altre sostanze. La tolleranza farmacologica e comportamentale alla maggior parte degli effetti della cannabis è stata riferita in individui che usano cannabis in modo persistente. Generalmente, la tolleranza viene perduta quando l'uso della cannabis viene sospeso per un periodo di tempo significativo (cioè per almeno diversi mesi).

Il riconoscimento che una brusca cessazione dell'uso quotidiano o quasi quotidiano della cannabis spesso causa l'esordio di una sindrome da astinenza da cannabis è nuovo nel DSM-5. I comuni sintomi di astinenza comprendono irritabilità, rabbia o aggressività, ansia, umore depresso, irrequietezza, disturbi del sonno, diminuzione dell'appetito o perdita di peso. Sebbene non sia tipicamente così grave come l'astinenza da alcol o da oppiacei, la sindrome da astinenza da cannabis può causare disagio significativo e può contribuire a generare difficoltà nella cessazione dell'uso o ricadute fra coloro che tentano di astenersene.

Gli individui con disturbo da uso di cannabis possono fare uso di cannabis lungo l'arco dell'intera giornata per un periodo di mesi o anni, e passare così parecchie ore del giorno sotto la sua influenza. Altri possono usarla meno frequentemente, ma l'uso causa loro problemi ricorrenti correlati alla famiglia, alla scuola, al lavoro o ad altre importanti attività (per es., ripetute assenze dal luogo di lavoro; trascuratezza nei confronti degli obblighi familiari). L'uso periodico della cannabis e l'intossicazione possono influenzare negativamente il comportamento e il funzionamento cognitivo, interferendo così con un rendimento ottimale sul lavoro o a scuola, o esporre l'individuo a un aumento del rischio fisico durante l'esecuzione di attività che possono essere fisicamente pericolose (per es., guidare l'auto; praticare certi sport; eseguire attività lavorative manuali, compreso operare con macchinari). Discussioni con il partner o i genitori sull'uso della cannabis in casa, o sul suo uso in presenza di bambini, può avere un impatto negativo sul funzionamento familiare e sono caratteristiche comuni di chi ha un disturbo da uso di cannabis. Da ultimo, gli individui con disturbo da uso di cannabis possono continuare nell'uso nonostante siano a conoscenza di problemi fisici (per es., tosse cronica correlata al fumo) o problemi psicologici (per es., eccessiva sedazione o esacerbazione di altri problemi di salute mentale) associati al suo utilizzo.

Se la cannabis viene utilizzata o non viene utilizzata per legittimi scopi medici, può anche influenzare la diagnosi. Quando una sostanza viene assunta secondo le indicazioni per una condizione medica, i sintomi di tolleranza e astinenza si verificheranno naturalmente e non dovranno essere usati come criteri primari per la determinazione di una diagnosi di disturbo da uso di sostanze. Sebbene l'utilizzo medico della cannabis rimanga controverso ed equivoco, l'utilizzo per circostanze mediche deve essere considerato quando viene posta una diagnosi.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui che regolarmente usano cannabis spesso riferiscono che è stata usata per far fronte a problemi di umore, sonno, dolore o altri problemi fisiologici o psicologici; coloro cui è diagnosticato un disturbo da uso di cannabis frequentemente hanno anche altri disturbi mentali concomitanti. Una valutazione accurata rivela, tipicamente, resoconti di uso di cannabis che contribuiscono a esacerbare questi stessi sintomi, come pure altre ragioni per l'uso frequente (per es., provare euforia, dimenticare i problemi, contrastare la rabbia o come gradevole attività sociale). Relativamente a questo aspetto, alcuni individui che fanno uso di cannabis diverse volte al giorno per le summenzionate ragioni non percepiscono se stessi (e così non lo riferiscono) come individui che trascorrono un'eccessiva quantità di tempo sotto l'influenza della cannabis o a recuperare dai suoi effetti, sebbene siano intossicati da cannabis o stiano guarendo dai suoi effetti per la maggior parte dei giorni. Un marker importante per una diagnosi di disturbo da uso di sostanze, in particolare per i casi più lievi, è l'uso continuato nonostante un rischio evidente di conseguenze negative per altre attività di valore o per le relazioni (per es., scuola, lavoro, attività sportiva, relazioni con il partner o con i genitori).

Poiché alcuni utilizzatori della cannabis sono motivati a minimizzare la quantità o la frequenza dell'uso, è importante essere consapevoli dei segni e sintomi dell'uso della cannabis e dell'intossicazione da cannabis, così da poter meglio valutare l'entità dell'uso. Come con le altre sostanze, gli utilizzatori di cannabis esperti sviluppano un comportamento e una tolleranza farmacologica tali da rendere difficile individuare quando sono sotto l'influenza della sostanza. Segni di un uso cronico e acuto comprendono occhi rossi (iperemia congiuntivale), odore di cannabis sui vestiti, ingiallimento della punta delle dita (per il fumo di spinelli), tosse cronica, abitudine a bruciare incenso (per confondere l'odore) e un craving esagerato e una spinta selettiva per cibi specifici, alcune volte in orari inusuali del giorno o della notte.

Prevalenza

I cannabinoidi, specialmente la cannabis, sono le sostanze illecite psicoattive più ampiamente usate negli Stati Uniti. La prevalenza a 12 mesi del disturbo da uso di cannabis (DSM-IV tassi combinati di abuso e dipendenza) è approssimativamente del 3,4% tra 12 e 17 anni e dell'1,5% tra gli adulti dai 18 anni in su. I tassi del disturbo da uso di cannabis sono maggiori per i maschi adulti (2,2%) rispetto alle femmine adulte (0,8%)

e per i maschi tra 12 e 17 anni (3,8%) rispetto alle femmine tra 12 e 17 anni (3,0%). La prevalenza del disturbo da uso di cannabis per un periodo di 12 mesi, fra gli adulti, diminuisce con l'età, con tassi più elevati tra 18 e 29 anni (4,4%) e più bassi fra gli individui di 65 anni e oltre (0,01%). L'alta prevalenza del disturbo da uso di cannabis probabilmente riflette la più elevata diffusione dell'uso di cannabis, rispetto ad altre droghe illecite, piuttosto che un maggior potenziale di dipendenza.

Rispetto alla prevalenza, le differenze razziali ed etniche sono moderate. La prevalenza del disturbo da uso di cannabis nei 12 mesi, negli Stati Uniti, varia marcatamente in tutti i sottogruppi etnici e razziali. Per gli individui di 12-17 anni, i tassi sono più alti per i nativi americani e i nativi dell'Alaska (7,1%) se comparati agli ispanici (4,1%), i bianchi (3,4%), gli afroamericani (2,7%), gli asiaticoamericani e gli isolani del Pacifico (0,9%). Fra gli adulti, la prevalenza del disturbo da uso di cannabis è più alta per nativi americani e nativi dell'Alaska (3,4%) se comparati ai tassi di afroamericani (1,8%), bianchi (1,4%), ispanici (1,2%), asiaticoamericani e isolani del Pacifico (1,2%). Nello scorso decennio la prevalenza del disturbo da uso di cannabis è aumentata fra adulti e adolescenti. Le differenze di genere per il disturbo da uso di cannabis concordano sostanzialmente con quelle per disturbi da uso di altre sostanze. Il disturbo da uso di cannabis è più comunemente osservato nei maschi, tuttavia la dimensione di questa differenza è minore fra gli adolescenti.

Sviluppo e decorso

L'esordio del disturbo da uso di cannabis può verificarsi in qualunque momento durante l'adolescenza o successivamente, ma più comunemente si presenta durante l'adolescenza o la prima età adulta. Sebbene meno frequentemente, l'esordio del disturbo da uso di cannabis può anche verificarsi negli anni della preadolescenza o sulla fine dei vent'anni o successivamente. La recente accettazione, da parte di taluni, dell'uso e della disponibilità di "marijuana medica" può aumentare il tasso di esordio del disturbo da uso di cannabis fra gli adulti più anziani.

Generalmente, il disturbo da uso di cannabis si sviluppa lungo un periodo di tempo prolungato, sebbene la progressione sembri essere più rapida fra gli adolescenti, particolarmente quelli con problemi pervasivi di condotta. La maggior parte delle persone che sviluppa un disturbo da uso di cannabis stabilisce tipicamente un pattern di uso della cannabis che aumenta gradualmente, sia nella frequenza sia nella quantità. La cannabis, insieme al tabacco e all'alcol, è tradizionalmente la prima sostanza che gli adolescenti provano. Alcuni percepiscono l'uso della cannabis come meno dannoso rispetto all'uso dell'alcol o del tabacco, e questa percezione contribuisce probabilmente all'aumento dell'uso. Inoltre, l'intossicazione da cannabis tipicamente non causa una grave disfunzione cognitiva e comportamentale come invece una significativa intossicazione da alcol, e questo può aumentare la probabilità di un uso ancor più frequente e in situazioni diversificate rispetto all'alcol. Questi fattori tendono a contribuire, fra certi adolescenti, alla potenzialmente rapida transizione da uso di cannabis a disturbo da uso di cannabis e al comune pattern di uso nell'arco della giornata, che è generalmente osservato fra quelli con un disturbo da uso di cannabis più grave.

Il disturbo da uso di cannabis fra i preadolescenti, gli adolescenti e i giovani adulti è tipicamente indicato come uso eccessivo insieme ai pari, che è la componente di un pattern di altri comportamenti antisociali abitualmente associati a problemi di condotta. I casi più lievi riflettono, primariamente, un uso continuato nonostante evidenti problemi correlati alla disapprovazione dell'uso da parte di altri pari, l'amministrazione scolastica o la famiglia, che espone anche il giovane al rischio di conseguenze fisiche o comportamentali. Nei casi più gravi, vi è una progressione a un uso singolo o a un uso lungo tutta la giornata, tale da interferire con il funzionamento giornaliero e prendere il posto delle attività prosociali precedentemente stabilite.

Tra gli utilizzatori adolescenti, comunemente si osservano cambiamenti nella stabilità dell'umore, nel livello di energia e nei pattern di alimentazione. Questi segni e sintomi molto probabilmente sono dovuti agli effetti diretti dell'uso della cannabis (intossicazione) e ai conseguenti effetti che seguono l'intossicazione acuta ("discesa"), come pure i tentativi di nascondere l'uso agli altri. I problemi correlati alla scuola sono comunemente associati a un disturbo da uso di cannabis negli adolescenti, in particolare con un drastico calo del profitto, assenze ingiustificate e ridotto interesse per le attività scolastiche in generale e per i risultati.

Il disturbo da uso di cannabis fra gli adulti comporta tipicamente pattern ben stabiliti di uso quotidiano della cannabis che continuano nonostante evidenti problemi psicosociali o medici. Molti adulti hanno fatto esperienza di un desiderio ripetuto di smettere o hanno fallito nei ripetuti tentativi di cessazione. I casi più lievi fra gli adulti ricordano i più comuni casi fra gli adolescenti, nei quali l'uso della cannabis non è frequente o pesante ma permane, nonostante le conseguenze potenzialmente significative di un uso prolungato. Il tasso di consumo fra gli adulti di mezza età e più anziani sembra essere in aumento, probabilmente a causa di un effetto generazionale derivante da un'alta prevalenza di uso di cannabis dalla fine degli anni Sessanta a tutti i Settanta.

Un esordio precoce dell'uso di cannabis (per es., prima dei 15 anni) è un vigoroso fattore predittivo dello sviluppo del disturbo da uso di cannabis e di altri tipi di disturbi da uso di sostanze e disturbi mentali durante la prima età adulta. Un tale esordio precoce è probabilmente correlato ad altri problemi concomitanti nell'area dell'esternalizzazione, più frequentemente sintomi di un disturbo della condotta. Tuttavia, un esordio precoce è anche un fattore predittivo dei problemi di internalizzazione e, come tale, probabilmente riflette un fattore di rischio generale per lo sviluppo di disturbi della salute mentale.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Una storia di disturbo della condotta nell'infanzia o nell'adolescenza e di disturbo antisociale di personalità sono fattori di rischio per lo sviluppo di molti disturbi correlati a sostanze, compresi i disturbi correlati alla cannabis. Altri fattori di rischio comprendono i disturbi di esternalizzazione o internalizzazione durante l'infanzia o l'adolescenza. I giovani con un alto punteggio di disinibizione comportamentale mostrano un esordio precoce dei disturbi da uso di sostanze, compreso il disturbo da uso di cannabis, il coinvolgimento nell'uso di molteplici sostanze e precoci problemi di condotta.

Fattori ambientali. I fattori di rischio comprendono fallimenti scolastici, il fumo di tabacco, una situazione familiare instabile o violenta, l'uso di cannabis fra i membri più stretti della famiglia, una storia familiare di disturbo da uso di sostanze, uno stato socioeconomico basso. Come per tutte le sostanze di abuso, uno dei fattori di rischio è la facilità di disponibilità della sostanza; la cannabis è relativamente facile da procurarsi nella maggior parte delle culture, e ciò aumenta il rischio di sviluppare un disturbo da uso di cannabis.

Fattori genetici e fisiologici. Le influenze genetiche contribuiscono allo sviluppo di un disturbo da uso di cannabis. I fattori ereditari contribuiscono fra il 30 e l'80% della

variabilità totale del rischio di disturbi da uso di cannabis. Da notare come le influenze genetiche comuni e ambientali condivise fra il disturbo da uso di cannabis e i disturbi da altri tipi di sostanze suggeriscono una base genetica comune per l'uso di sostanze in adolescenza e i problemi di condotta.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La cannabis è, probabilmente, la sostanza illecita più comunemente usata nel mondo. Il dato relativo alla presenza del disturbo da uso di cannabis nei vari paesi è sconosciuto, ma i tassi di prevalenza sono probabilmente simili fra le nazioni sviluppate. È frequentemente tra le prime sostanze di sperimentazione (spesso tra gli adolescenti) in tutti i gruppi culturali degli Stati Uniti.

L'accettazione della cannabis per finalità mediche varia molto attraverso e all'interno delle culture. I fattori culturali (accettabilità e situazione legale) che possono avere un impatto sulle diagnosi si correlano alle differenti conseguenze tra le culture rispetto alla detenzione e all'uso (per es., arresto, sospensione scolastica, sospensione dal luogo di lavoro). Il cambiamento generale nei criteri diagnostici del disturbo da uso di sostanze dal DSM-IV al DSM-5 (cioè la rimozione del ricorrente criterio dei problemi legali correlati alla sostanza) mitiga in parte questa preoccupazione.

Marker diagnostici

I test biologici per i metaboliti dei cannabinoidi sono utili per determinare se un individuo abbia recentemente fatto uso di cannabis. Tali test sono di aiuto nel porre una diagnosi, in particolare nei casi più lievi in cui un individuo nega l'uso mentre altri (famiglia, lavoro, scuola) mostrano preoccupazione circa tale problema. Dato che i cannabinoidi sono liposolubili, persistono nei liquidi organici per periodi estesi di tempo e vengono espulsi lentamente. È necessario un esperto nella metodica dei test delle urine per interpretare i risultati con affidabilità.

Conseguenze funzionali del disturbo da uso di cannabis

Le conseguenze funzionali del disturbo da uso di cannabis sono parte dei criteri diagnostici. Molte aree del funzionamento psicosociale, cognitivo e della salute possono essere compromesse in relazione al disturbo da uso di cannabis. La funzione cognitiva, specialmente la funzione esecutiva elevata, sembra essere compromessa negli utilizzatori di cannabis, e questa relazione si rivela dose-dipendente (sia in acuto sia in cronico). Questo può contribuire ad aumentare le difficoltà a scuola o sul lavoro. L'uso della cannabis è stato correlato a una riduzione dell'attività prosociale finalizzata a un obiettivo, che qualcuno ha etichettato come *sindrome amotivazionale*, che si manifesta con scarso rendimento scolastico e problemi sul lavoro. Questi problemi possono essere correlati a un'intossicazione pervasiva o al recupero dagli effetti dell'intossicazione. Similmente, i problemi associati alla cannabis nelle relazioni sociali sono comunemente riferiti fra chi ha il disturbo da uso di cannabis. Sono oggetto di preoccupazione anche gli incidenti dovuti all'adozione di comportamenti potenzialmente pericolosi mentre si è sotto influenza della sostanza (per es., guidare, fare sport, attività ricreative o lavorative). Il fumo di cannabis contiene alti livelli di composti cancerogeni che espongono gli utilizzatori cronici al rischio di malattie respiratorie simili a quelle di cui fanno esperienza i fumatori di tabacco. L'uso cronico della cannabis può contribuire all'esordio o all'esacerbazione di molti altri disturbi mentali. In particolare, è stata sollevata la preoccupazione circa l'uso di cannabis come fattore causale della schizofrenia e di altri disturbi psicotici. L'uso della cannabis può contribuire all'esordio di un episodio psicotico acuto, può esacerbarne alcuni sintomi e può influenzare negativamente il trattamento di un disturbo psicotico maggiore.

Diagnosi differenziale

Uso non problematico della cannabis. Può essere difficile fare la distinzione fra uso non problematico della cannabis e disturbo da uso di cannabis, poiché i problemi sociali, comportamentali o psicologici difficilmente possono essere attribuibili alla sostanza, specialmente in un contesto di uso di altre sostanze. Inoltre, la negazione dell'uso pesante di cannabis e l'attribuzione del fatto che la cannabis sia correlata o causi problemi sostanziali sono comuni fra gli individui cui viene consigliato di sottoporsi a un trattamento da altri (cioè scuola, famiglia, datore di lavoro, sistema di giustizia penale).

Altri disturbi mentali. Il disturbo indotto da cannabis può essere caratterizzato da sintomi (per es., ansia) che ricordano i disturbi mentali primari (per es., disturbo d'ansia generalizzata versus disturbo d'ansia indotto da cannabis, con ansia generalizzata e con esordio durante l'intossicazione). L'assunzione cronica di cannabis può generare una mancanza di motivazione che ricorda il disturbo depressivo persistente (distimia). Le reazioni acute avverse alla cannabis devono essere differenziate dai sintomi del disturbo di panico, del disturbo depressivo maggiore, del disturbo delirante, del disturbo bipolare o della schizofrenia di tipo paranoide. L'esame obiettivo normalmente mostrerà un polso accelerato e iperemia congiuntivale. Un test tossicologico delle urine può essere d'aiuto nel porre la diagnosi.

Comorbilità

La cannabis è stata comunemente pensata come una droga "di passaggio" perché gli individui che la usano frequentemente hanno una probabilità molto maggiore nel tempo, rispetto a quelli che non ne fanno uso, di utilizzare quelle che vengono comunemente considerate sostanze più pericolose, come oppiacei o cocaina. L'uso della cannabis e il disturbo da uso di cannabis sono altamente in comorbilità con altri disturbi da uso di sostanze. Condizioni mentali concomitanti sono comuni nel disturbo da uso di cannabis. L'uso della cannabis è stato associato a una più scarsa soddisfazione nella qualità della vita; aumento dei trattamenti per la salute mentale e ospedalizzazione; e più alti tassi di depressione, disturbi d'ansia, tentativi di suicidio e disturbo della condotta. Gli individui con un disturbo da uso di cannabis nell'anno precedente o nel corso della vita hanno alti tassi di disturbo da uso di alcol (oltre il 50%) e disturbo da uso di tabacco (53%). Tassi di altri disturbi da uso di sostanze tendono a essere alti fra gli individui con disturbo da uso di cannabis. Tra quelli che richiedono un trattamento per disturbo da uso di cannabis, il 74% riferisce un uso problematico di una seconda o di una terza sostanza: alcol (40%), cocaina (12%), metamfetamine (6%), eroina o altri oppiacei (2%). Fra quelli che hanno meno di 18 anni, il 61% riferisce un uso problematico di una seconda sostanza: alcol (48%), cocaina (4%), metamfetamine (2%), eroina e altri oppiacei (2%). Il disturbo da uso di cannabis è spesso osservato anche come problema secondario fra gli individui con diagnosi primaria di disturbi da uso di altre sostanze, con approssimativamente il 25-80% di quelli che sono in trattamento per un disturbo da uso di altra sostanza che riferisce l'uso della cannabis.

Gli individui con diagnosi di disturbo da uso di cannabis nell'anno precedente o nel corso della vita mostrano anche tassi elevati di disturbi mentali concomitanti, oltre ai disturbi da uso di sostanze. Il disturbo depressivo maggiore (11%), qualsiasi disturbo d'ansia (24%) e il disturbo bipolare I (13%) sono piuttosto comuni fra gli individui con una diagnosi, nell'anno precedente, di disturbo da uso di cannabis, così come lo sono il disturbo antisociale di personalità (30%), il disturbo ossessivo-compulsivo (19%) e il disturbo paranoide di personalità (18%).

Approssimativamente, il 33% degli adolescenti con disturbo da uso di cannabis ha disturbi internalizzanti (per es., ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico) e il 60% ha disturbi esternalizzanti (per es., disturbo della condotta, disturbo da deficit di attenzione/iperattività).

Sebbene l'uso di cannabis possa avere un impatto su molteplici aspetti del normale funzionamento umano, compresi i sistemi cardiovascolare, immunitario, neuromuscolare, oculare, riproduttivo e respiratorio, come pure appetito e funzionamento cognitivo/percettivo, ci sono poche condizioni mediche evidenti che comunemente si verificano in concomitanza con il disturbo da uso di cannabis. I più significativi effetti della cannabis sulla salute coinvolgono il sistema respiratorio, e i fumatori cronici di cannabis presentano tassi elevati di sintomi respiratori quali bronchite, produzione di catarro, mancanza di respiro e dispnea.

Intossicazione da cannabis

Criteri diagnostici

A. Recente uso di cannabis.

B. Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (per es., coordinazione motoria compromessa, euforia, ansia, sensazione di rallentamento del tempo, capacità critica compromessa, isolamento sociale) che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso della cannabis.

C. Due (o più) dei seguenti segni o sintomi, che si sviluppano entro 2 ore dall'uso della cannabis:

1. Iperemia congiuntivale.
2. Aumento dell'appetito.
3. Secchezza delle fauci.
4. Tachicardia.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Specificare se:

Con alterazioni percettive: Allucinazioni con esame di realtà integro o illusioni uditive, visive o tattili che si verificano in assenza di un delirium.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **292.89**. Il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, un disturbo da uso di cannabis in comorbilità e che vi siano, o non vi siano, alterazioni percettive.

Per intossicazione da cannabis, senza alterazioni percettive: Se vi è un disturbo da uso di cannabis lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F12.129** e se vi è un disturbo da uso di cannabis moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F12.229**. Se non vi è un disturbo da uso di cannabis in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F12.929**.

Per intossicazione da cannabis, con alterazioni percettive: Se vi è un disturbo da uso di cannabis lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F12.122**, e se vi è un disturbo da uso di cannabis moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F12.222**. Se non vi è il disturbo da uso di cannabis in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F12.922**.

Specificatori

Quando le allucinazioni si verificano in assenza di un esame di realtà integro, deve essere considerata una diagnosi di disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'intossicazione da cannabis è la presenza di un comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso della cannabis (Criterio B). L'intossicazione tipicamente inizia con una sensazione di "sballo" seguita da sintomi che comprendono euforia con risate inappropriate e grandiosità, sedazione, letargia, compromissione della memoria a breve termine, difficoltà nell'elaborazione di processi mentali complessi, compromissione della capacità critica, percezioni sensoriali distorte, performance motoria compromessa e la sensazione che il tempo trascorra lentamente. Occasionalmente, si verifica ansia (che può essere grave), disforia o isolamento sociale. Questi effetti psicoattivi sono accompagnati da due o più dei seguenti segni, che si sviluppano entro 2 ore dall'uso della cannabis: iperemia congiuntivale, aumento dell'appetito, secchezza delle fauci e tachicardia (Criterio C).

L'intossicazione si sviluppa in minuti se la cannabis viene fumata, ma può richiedere alcune ore per svilupparsi se la cannabis viene ingerita oralmente. Gli effetti di solito perdurano 3-4 ore, con una durata un po' più lunga se la sostanza viene ingerita oralmente. La dimensione dei cambiamenti psicologici e comportamentali dipende dalla dose, dal metodo di somministrazione e dalle caratteristiche dell'individuo che usa la sostanza, così come dal tasso di assorbimento, tolleranza e sensibilità agli effetti della sostanza. Poiché la maggior parte dei cannabinoidi, compreso il delta-9-tetraidrocannabinolo (delta-9-THC), è liposolubile, gli effetti della cannabis o dell'hashish possono occasionalmente persistere o ripresentarsi per 12-24 ore a causa del lento rilascio delle sostanze psicoattive dal tessuto adiposo o dal circolo enteroepatico.

Prevalenza

La prevalenza degli episodi attuali di intossicazione da cannabis nella popolazione generale è sconosciuta. Tuttavia, è probabile che la maggior parte degli utilizzatori di cannabis soddisfi a volte i criteri per l'intossicazione da cannabis. Detto questo, la prevalenza negli utilizzatori di cannabis e la prevalenza negli individui che fanno esperienza di intossicazione da cannabis tendono a essere simili.

Conseguenze funzionali dell'intossicazione da cannabis

La compromissione da intossicazione da cannabis può avere conseguenze serie, comprese disfunzioni lavorative o scolastiche, rifiuto sociale, fallimento nell'adempimento degli obblighi di ruolo, incidenti stradali, rapporti sessuali non protetti. In rari casi, l'intossicazione da cannabis può precipitare una psicosi che può variare nella durata dell'episodio.

Diagnosi differenziale

Va notato che se la manifestazione clinica comprende allucinazioni, in assenza di esame di realtà integro, deve essere considerata una diagnosi di disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci.

Intossicazione da altra sostanza. L'intossicazione da cannabis può ricordare l'intossicazione da altri tipi di sostanze. Tuttavia, in contrasto con l'intossicazione da cannabis, l'intossicazione da alcol e l'intossicazione da sedativi, ipnotici e ansiolitici frequentemente provocano diminuzione dell'appetito, aumentano il comportamento aggressivo e producono nistagmo o atassia. Gli allucinogeni in basse dosi possono provocare un quadro clinico che ricorda l'intossicazione da cannabis. La fenciclidina, come la cannabis, può essere fumata e causa anche cambiamenti percettivi, ma l'intossicazione da fenciclidina è molto più probabile che causi atassia e comportamento aggressivo.

Altri disturbi indotti da cannabis. L'intossicazione da cannabis si distingue dagli altri disturbi indotti da cannabis (per es., disturbo d'ansia indotto da cannabis, con esordio durante l'intossicazione) perché i sintomi in questi ultimi disturbi predominano nella manifestazione clinica e sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Astinenza da cannabis 292.0 (F12.288)

Criteri diagnostici

A. Cessazione dell'uso di cannabis che è stato pesante e prolungato (cioè abituale uso quotidiano o quasi, almeno per un periodo di alcuni mesi).

B. Tre (o più) dei seguenti segni e sintomi, che si sviluppano approssimativamente entro 1 settimana dopo il Criterio A:

1. Irritabilità, rabbia, aggressività.
2. Nervosismo, ansia.
3. Difficoltà del sonno (per es., insonnia, sogni inquietanti).
4. Diminuzione dell'appetito o perdita di peso.
5. Irrequietezza.
6. Umore depresso.
7. Almeno uno dei seguenti sintomi fisici causa malessere significativo: dolori addominali, instabilità/tremori, sudorazione, febbre, brividi o cefalea.

C. I segni o sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa l'intossicazione o l'astinenza da altra sostanza.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è 292.0. Il codice ICD-10-CM per l'astinenza da cannabis è F12.288. Da notare che il codice ICD-10-CM indica la presenza in comorbilità di un disturbo da uso di cannabis moderato o grave, a riflettere il fatto che l'astinenza da cannabis può verificarsi solo in presenza di un disturbo da uso di cannabis moderato o grave. Non è invece concesso codificare l'astinenza da cannabis con un disturbo da uso di cannabis lieve in comorbilità.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'astinenza da cannabis è la presenza di una specifica sindrome da astinenza che si sviluppa dopo la cessazione o una sostanziale riduzione di un pesante e prolungato uso di cannabis. In aggiunta ai sintomi del Criterio B, anche i seguenti possono essere osservati post-astinenza: stanchezza, sbadigli, difficoltà di concentrazione e periodi alternanti di aumento di appetito e ipersonnia che seguono periodi iniziali di perdita di appetito e insonnia. Per la diagnosi, i sintomi di astinenza devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C). Molti utilizzatori di cannabis riferiscono necessità di fumo di cannabis o assunzione di altre sostanze per attenuare i sintomi di astinenza; molti riferiscono che i sintomi di astinenza rendono difficile smettere o hanno contribuito a una ricaduta. I sintomi tipicamente non sono di gravità sufficiente da richiedere un'attenzione medica, ma farmaci o strategie comportamentali possono aiutare ad attenuarli e a migliorare la prognosi in quelli che tentano di smettere di usare la cannabis.

L'astinenza da cannabis è comunemente osservata negli individui che richiedono un trattamento per l'uso della cannabis come pure nei forti utilizzatori di cannabis che non richiedono un trattamento. Fino a un terzo degli individui che, per un certo periodo di tempo, ha fatto uso di cannabis, riferisce di aver provato astinenza da cannabis. Tra gli adulti e gli adolescenti ammessi al trattamento o forti utilizzatori di cannabis, il 50-95% riferisce astinenza da cannabis. Questi risultati indicano che l'astinenza da cannabis si verifica tra un sottoinsieme consistente di regolari utilizzatori di cannabis che tentano di smettere.

Sviluppo e decorso

La quantità, la durata e la frequenza del fumo di cannabis che sono richieste per produrre un disturbo associato da astinenza durante un tentativo di cessazione sono sconosciute. La maggior parte dei sintomi ha il suo esordio entro le prime 24-72 ore dalla cessazione, il picco durante la prima settimana e la durata approssimativamente di 1-2 settimane. Le difficoltà del sonno possono durare più di 30 giorni. L'astinenza da cannabis è stata documentata fra adolescenti e adulti. L'astinenza tende a essere più comune e grave fra gli adulti, molto probabilmente correlata a una più persistente e maggior frequenza e quantità d'uso fra gli adulti.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Molto probabilmente, la prevalenza e la gravità dell'astinenza da cannabis sono maggiori fra gli utilizzatori più forti di cannabis e, in particolare, fra quelli che richiedono un trattamento per il disturbo da uso di cannabis. La gravità dell'astinenza sembra anche essere positivamente correlata alla gravità dei sintomi dei disturbi mentali in comorbilità.

Conseguenze funzionali dell'astinenza da cannabis

Gli utilizzatori di cannabis riferiscono di usarla per attenuare i sintomi di astinenza, a suggerire che l'astinenza può contribuire al proseguimento della manifestazione del disturbo da uso di cannabis. I peggiori risultati possono essere associati alle sindromi da astinenza più importanti. Una sostanziale parte di adulti e adolescenti in trattamento per disturbo da uso di cannabis moderato o grave riconosce sintomi di astinenza da moderati a gravi e molti lamentano come questi sintomi rendano la cessazione più difficile. Gli utilizzatori riferiscono di essere ricaduti nell'uso della cannabis o di avere usato altre sostanze (per es., tranquillanti) per ottenere sollievo dai sintomi di astinen-

za. Infine, gli individui che vivono con utilizzatori di cannabis osservano effetti di astinenza significativi e sostengono che tali sintomi sono distruttivi per la vita quotidiana.

Diagnosi differenziale

Poiché molti dei sintomi dell'astinenza da cannabis sono anche sintomi delle sindromi di astinenza da altre sostanze o di disturbi bipolari o depressivi, un'attenta valutazione dovrebbe mirare a garantire che i sintomi non siano meglio spiegati dalla cessazione di un'altra sostanza (per es., astinenza da tabacco o da alcol), da un altro disturbo mentale (disturbo d'ansia generalizzata, disturbo depressivo maggiore) o da altra condizione medica.

Altri disturbi indotti da cannabis

I seguenti disturbi indotti da cannabis vengono descritti in altri capitoli del manuale insieme ai disturbi con i quali condividono la fenomenologia (si vedano i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci in questi capitoli): disturbo psicotico indotto da cannabis ("Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici"); disturbo d'ansia indotto da cannabis ("Disturbi d'ansia") e disturbi del sonno indotti da cannabis ("Disturbi del sonno-veglia"). Per il delirium da intossicazione da cannabis, si vedano i criteri e la discussione del delirium nel capitolo "Disturbi neurocognitivi". Questi disturbi indotti da cannabis sono diagnosticati al posto di intossicazione da cannabis o astinenza da cannabis quando i sintomi siano sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato alla cannabis senza specificazione 292.9 (F12.99)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato alla cannabis, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato alla cannabis o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.

Disturbi correlati agli allucinogeni

- Disturbo da uso di fenciclidina
- Disturbo da uso di altri allucinogeni
- Intossicazione da fenciclidina
- Intossicazione da altri allucinogeni
- Disturbo percettivo persistente da allucinogeni
- Altri disturbi indotti da fenciclidina
- Disturbi indotti da altri allucinogeni
- Disturbo correlato alla fenciclidina senza specificazione
- Disturbo correlato agli allucinogeni senza specificazione

Disturbo da uso di fenciclidina

Criteri diagnostici

A. Un pattern di uso di fenciclidina (o di sostanza farmacologicamente simile), che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:
   1. La fenciclidina è spesso assunta in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.
   2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di fenciclidina.
   3. Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi fenciclidina, usare fenciclidina o recuperare dai suoi effetti.
   4. Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di fenciclidina.
   5. Uso ricorrente di fenciclidina, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa (per es., assenze ripetute dal lavoro o scarso rendimento lavorativo correlati all'uso di fenciclidina; assenze correlate alla fenciclidina, sospensioni o espulsioni da scuola; trascuratezza nei confronti dei bambini o della famiglia).
   6. Uso continuato di fenciclidina nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti di fenciclidina (per es., discussioni con il partner sulle conseguenze dell'intossicazione; scontri fisici).
   7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di fenciclidina.
   8. Uso ricorrente di fenciclidina in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso (per es., guidare un'automobile o operare con macchinari quando si è compromessi dalla fenciclidina).
   9. Uso continuato di fenciclidina nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla fenciclidina.
   10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
      a. Un bisogno di quantitativi marcatamente aumentati di fenciclidina per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato.
      b. Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di fenciclidina.

Nota: I segni o sintomi dell'astinenza non sono stabiliti per la fenciclidina e, pertanto, questo criterio non si applica. (L'astinenza da fenciclidina è stata riferita negli animali ma non è documentata negli utilizzatori umani.)

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di fenciclidina sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di fenciclidina è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di fenciclidina", che può essere soddisfatto).

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di fenciclidina sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di fenciclidina è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di fenciclidina", che può essere soddisfatto).

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo si trova in un ambiente dove l'accesso alla fenciclidina è limitato.

Codifica basata sulla gravità attuale: Nota per i codici ICD-10-CM: se vi è anche un'intossicazione da fenciclidina o un altro disturbo mentale indotto da fenciclidina, non usare i codici sotto indicati per disturbo da uso di fenciclidina. Per contro, il disturbo da uso di fenciclidina in comorbilità viene indicato nel 4° carattere del codice del disturbo indotto da fenciclidina (si veda la nota di codifica per intossicazione da fenciclidina o per uno specifico disturbo mentale indotto da fenciclidina). Per esempio, se vi è un disturbo psicotico indotto da fenciclidina in comorbilità, viene fornito solo il codice per disturbo psicotico indotto da fenciclidina, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di fenciclidina in comorbilità è lieve, moderato o grave: F16.159 per disturbo da uso di fenciclidina lieve con disturbo psicotico indotto da fenciclidina o F16.259 per disturbo da uso di fenciclidina moderato o grave con disturbo psicotico indotto da fenciclidina.

Specificare la gravità attuale:

305.90 (F16.10) Lieve: Presenza di 2-3 sintomi.

304.60 (F16.20) Moderata: Presenza di 4-5 sintomi.

304.60 (F16.20) Grave: Presenza di 6 o più sintomi.

Specificatori

"In ambiente controllato" si applica come ulteriore specificatore di remissione se l'individuo è in remissione e si trova in ambiente controllato (cioè in remissione precoce in ambiente controllato o in remissione protratta in ambiente controllato). Esempi di questi ambienti sono carceri con stretta sorveglianza e dove è escluso l'uso di qualsiasi tipo di sostanza, comunità terapeutiche e unità ospedaliere chiuse.

Caratteristiche diagnostiche

Le fenciclidine (o sostanze fenciclidinosimili) comprendono la fenciclidina (per es., PCP, "polvere d'angelo") e composti meno potenti ma con azione simile, come ketamina, cicloexamina e dizocilpina. Queste sostanze furono in un primo tempo sviluppate come anestetici dissociativi negli anni '50 e divennero poi droghe di strada negli anni '60. Producono sensazioni di separazione della mente dal corpo (da cui "dissociative") a basse dosi, mentre ad alte dosi possono causare stupor e coma. Più comunemente, queste sostanze vengono fumate o assunte oralmente, ma possono anche essere sniffate o iniettate. Sebbene l'effetto psicoattivo primario del PCP perduri per alcune ore, la totale eliminazione di ogni traccia di questa droga dal corpo tipicamente richiede 8 o più giorni. Gli effetti allucinogeni in individui vulnerabili possono perdurare per settimane e possono precipitare un episodio psicotico persistente che ricorda la schizofrenia. Si è osservato che la ketamina è utile nel trattamento del disturbo depressivo maggiore. I sintomi di astinenza non sono stati chiaramente stabiliti negli esseri umani, e pertanto il criterio dell'astinenza non è incluso nella diagnosi del disturbo da uso di fenciclidina.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

La fenciclidina può essere rintracciata nelle urine fino a 8 giorni o anche più, in caso di dosi molto elevate. Oltre agli esami di laboratorio per individuarne la presenza, i sintomi caratteristici che risultano dall'intossicazione da fenciclidina o sostanze correlate possono fornire un aiuto alla diagnosi. La fenciclidina tende a produrre sintomi dissociativi, analgesia, nistagmo e ipertensione, con rischio di ipotensione e shock. Con l'uso della fenciclidina può anche verificarsi un comportamento violento, poiché le persone intossicate possono credere di essere vittime di un'aggressione. I sintomi residuali a seguito dell'uso possono ricordare la schizofrenia.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo da uso di fenciclidina è sconosciuta. Approssimativamente il 2,5% della popolazione riferisce di non aver mai usato la fenciclidina. La proporzione degli utilizzatori aumenta con l'età, da uno 0,3% tra 12 e 17 anni, all'1,3% tra 18 e 25 anni, al 2,9% di quelli che hanno 26 anni o più che riferiscono di non aver mai usato la fenciclidina. Sembra esserci stato un incremento fra gli studenti del 12° anno scolastico (18 anni), sia fra quelli che non hanno mai usato la fenciclidina (dall'1,8 al 2,3%) sia fra quelli che hanno usato fenciclidina nell'anno precedente (dall'1,0 all'1,3%). L'uso nell'anno precedente di ketamina sembra relativamente stabile fra gli studenti del 12° anno scolastico (1,6-1,7% nel corso degli ultimi 3 anni).

Fattori di rischio e prognosi

Ci sono scarse informazioni sui fattori di rischio per il disturbo da uso di fenciclidina. Fra gli individui ammessi a un trattamento per abuso di sostanze, quelli per cui la fenciclidina era la sostanza primaria risultavano più giovani di quelli ammessi per uso di altre sostanze, avevano un livello di istruzione più basso e provenivano più probabilmente dalle regioni dell'Ovest e del Nord-Est degli Stati Uniti, confrontati con altri casi di ammissioni al trattamento.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

L'uso di ketamina nei giovani di età fra i 16 e i 23 anni è stato riferito essere più comune tra i bianchi (0,5%) rispetto agli altri gruppi etnici (range 0-0,3%). Fra gli individui ammessi a un trattamento per abuso di sostanza, quelli per cui la fenciclidina era la sostanza primaria erano in predominanza neri (49%) o ispanici (29%).

Aspetti diagnostici correlati al genere

I maschi costituiscono circa i tre-quarti di quelli con accesso al pronto soccorso per problemi correlati alla fenciclidina.

Marker diagnostici

Gli esami di laboratorio possono essere utili, dato che la fenciclidina è presente nelle urine degli individui intossicati fino a 8 giorni dopo l'assunzione. La storia individuale, associata a certi segni fisici, quali nistagmo, analgesia e ipertensione significativa, può essere d'aiuto nel distinguere il quadro clinico della fenciclidina da quello di altri allucinogeni.

Conseguenze funzionali del disturbo da uso di fenciclidina

Negli individui con disturbo da uso di fenciclidina, ci possono essere evidenze fisiche di traumi a seguito di incidenti, liti e cadute. L'uso cronico della fenciclidina può portare a deficit di memoria, dell'eloquio e deficit cognitivo che può durare mesi. Tossicità cardiovascolari e neurologiche (per es., convulsioni, distonie, discinesie, catalessia e ipotermia o ipertermia) possono risultare dall'intossicazione da fenciclidina. Altre conseguenze comprendono emorragia intracranica, rabdomiolisi, problemi respiratori e (occasionalmente) arresto cardiaco.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi da uso di sostanze. È importante distinguere gli effetti della fenciclidina da quelli di altre sostanze, poiché può esserci un additivo comune ad altre sostanze (per es., cannabis, cocaina).

Schizofrenia e altri disturbi mentali. Alcuni degli effetti dell'uso di fenciclidina e sostanze correlate possono ricordare sintomi di altri disturbi psichiatrici, come la psicosi (schizofrenia), umore depresso (disturbo depressivo maggiore), comportamenti aggressivi e violenti (disturbo della condotta, disturbo antisociale di personalità). Comprendere se questi comportamenti si siano verificati prima dell'assunzione della sostanza è importante per la differenziazione tra gli effetti acuti di quest'ultima rispetto a un disturbo mentale preesistente. Il disturbo psicotico indotto da fenciclidina deve essere preso in considerazione quando vi è un esame di realtà compromesso in individui che hanno fatto esperienza di alterazioni percettive causate dall'assunzione di fenciclidina.

Disturbo da uso di altri allucinogeni

Criteri diagnostici

A. Un pattern problematico di uso di allucinogeni (diversi dalla fenciclidina) che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1. L'allucinogeno è spesso assunto in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.
2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso dell'allucinogeno.
3. Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi l'allucinogeno, usare l'allucinogeno o recuperare dai suoi effetti.
4. Craving, o forte desiderio o spinta all'uso dell'allucinogeno.
5. Uso ricorrente dell'allucinogeno, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa (per es., ripetute assenze dal lavoro o scarso rendimento lavorativo correlati all'uso di allucinogeni; assenze correlate ad allucinogeni, sospensioni o espulsioni da scuola; trascuratezza verso i bambini e la famiglia).
6. Uso continuato di allucinogeni nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti dell'allucinogeno (per es., discussioni con il partner sulle conseguenze dell'intossicazione; scontri fisici).
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso dell'allucinogeno.
8. Uso ricorrente dell'allucinogeno in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso (per es., guidare un'automobile o operare con macchinari quando si è compromessi dall'allucinogeno).
9. Uso continuato dell'allucinogeno nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dall'allucinogeno.
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. Un bisogno di quantità marcatamente aumentate dell'allucinogeno per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato.
    b. Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di allucinogeno.

Nota: I segni o sintomi dell'astinenza non sono stati stabiliti per gli allucinogeni e, pertanto, questo criterio non si applica.

Specificare **l'allucinogeno**.

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di altri allucinogeni sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di altri allucinogeni è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso dell'allucinogeno", che può essere soddisfatto).

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di altri allucinogeni sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di altri allucinogeni è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso dell'allucinogeno", che può essere soddisfatto).

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo si trova in un ambiente dove l'accesso agli allucinogeni è limitato.

Codifica basata sulla gravità attuale: Nota per i codici ICD-10-CM: se vi è anche un'intossicazione da allucinogeni o un altro disturbo mentale indotto da allucinogeni, non usare i codici sotto indicati per disturbo da uso di allucinogeni. Per contro, il disturbo da uso di allucinogeni in comorbilità viene indicato nel 4° carattere del codice del disturbo indotto da allucinogeni (si veda la nota di codifica per intossicazione da allucinogeni o per uno specifico disturbo mentale indotto da allucinogeni). Per esempio, se vi sono un disturbo psicotico indotto da allucinogeni e un disturbo da uso di allucinogeni in comorbilità, viene fornito solo il codice per disturbo psicotico indotto da allucinogeni, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di allucinogeni in comorbilità è lieve, moderato o grave: F16.159 per disturbo da uso di allucinogeni lieve con disturbo psicotico indotto da allucinogeni o F16.259 per disturbo da uso di allucinogeni moderato o grave con disturbo psicotico indotto da allucinogeni.

Specificare la gravità attuale:

305.30 (F16.10) Lieve: Presenza di 2-3 sintomi.
304.50 (F16.20) Moderata: Presenza di 4-5 sintomi.
304.50 (F16.20) Grave: Presenza di 6 o più sintomi.

Specificatori

"In ambiente controllato" si applica come ulteriore specificatore di remissione se l'individuo è in remissione e si trova in ambiente controllato (cioè in remissione precoce in ambiente controllato o in remissione protratta in ambiente controllato). Esempi di questi ambienti sono carceri con stretta sorveglianza e dove è escluso l'uso di qualsiasi tipo di sostanza, comunità terapeutiche e unità ospedaliere chiuse.

Caratteristiche diagnostiche

Gli allucinogeni comprendono un diverso gruppo di sostanze che, sebbene abbiano strutture chimiche differenti e la possibilità di comportare differenti meccanismi molecolari, producono negli utilizzatori alterazioni percettive, dell'umore e cognitive simili. Gli allucinogeni compresi sono fenilalchilamine (per es., mescalina, "DOM" [2,5-dimetossi-4-metilamfetamina] e MDMA [3,4-metilenediossimetamfetamina; detta anche "ecstasy"]); alcaloidi dell'indolo, compresi psilocibina (cioè psilocina) e dimetiltriptamina (DMT); ergoline, quali LSD (dietilammide dell'acido D-lisergico) e i semi di "morning glory" (convolvulaceae). In aggiunta, sono classificati come "allucinogeni" una miscellanea di altri composti etnobotanici, di cui due esempi sono la

Salvia divinorum e lo stramonio. Sono esclusi dal gruppo degli allucinogeni la cannabis e il suo composto attivo, il delta-9-tetraidrocannabinolo (THC) (si veda la sezione "Disturbi correlati alla cannabis"). Queste sostanze possono avere effetti allucinogeni, ma vengono diagnosticate separatamente a causa di differenze significative nei loro effetti psicologici e comportamentali.

Gli allucinogeni, di solito, vengono assunti per via orale, sebbene alcune forme vengano fumate (per es., DMT, salvia) o (raramente) assunte per via intranasale o per iniezione (per es., ecstasy). La durata degli effetti varia a seconda dei tipi di allucinogeni. Alcune di queste sostanze (per es., LSD, MDMA) hanno un'emivita lunga e una durata così estesa che gli utilizzatori possono impiegare da ore a giorni per usare e poi guarire dagli effetti di queste droghe. Tuttavia, altre sostanze allucinogene (per es., DMT, salvia) hanno un'azione breve. La tolleranza agli allucinogeni si sviluppa con l'uso ripetuto ed è stato riferito avere sia effetti autonomici sia psicologici. Una tolleranza incrociata esiste fra LSD e altri allucinogeni (per es., psilocibina, mescalina), ma non si estende ad altre categorie di sostanze quali amfetamine e cannabis.

MDMA/ecstasy è un allucinogeno che può avere effetti distintivi attribuibili sia alle sue proprietà allucinogene, sia a quelle stimolanti. Tra i forti utilizzatori di ecstasy, l'uso continuato nonostante i problemi fisici e psicologici, la tolleranza, l'uso pericoloso e il dispendio di gran parte del tempo per procurarsi la sostanza sono i criteri più comunemente riferiti – oltre il 50% negli adulti e oltre il 30% in un campione più giovane – mentre problemi legali correlati all'uso della sostanza e desiderio persistente/incapacità di smettere sono raramente riferiti. Come riscontrato per altre sostanze, i criteri diagnostici per il disturbo da uso di altri allucinogeni sono disposti lungo un unico continuum di gravità.

Uno dei criteri generici per i disturbi da uso di sostanze, una sindrome da astinenza clinicamente significativa, non è stato coerentemente documentato negli esseri umani e, pertanto, la diagnosi di sindrome da astinenza da allucinogeni non è compresa nel DSM-5. Tuttavia, vi è evidenza di astinenza da MDMA, con il supporto di due o più sintomi di astinenza osservati nel 59-98% dei campioni selezionati di utilizzatori di ecstasy. Come problemi da astinenza sono stati comunemente riferiti sia problemi psicologici sia fisici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Le caratteristiche sintomatologiche tipiche di alcuni allucinogeni possono essere di aiuto nella diagnosi se i risultati tossicologici del sangue e delle urine non sono disponibili. Per esempio, individui che usano LSD tendono a fare esperienza di allucinazioni visive che possono essere terrificanti. Individui intossicati con allucinogeni possono presentare un temporaneo aumento dei tassi di suicidio.

Prevalenza

Di tutti i disturbi da uso di sostanze, il disturbo da uso di altri allucinogeni è uno dei più rari. La prevalenza a 12 mesi è stimata essere, negli Stati Uniti, lo 0,5% negli individui di 12-17 anni e lo 0,1% fra gli adulti dai 18 anni in su. I tassi sono più alti fra i maschi adulti (0,2%), se comparati con le femmine (0,1%), ma nei campioni di adolescenti di 12-17 anni si osserva l'opposto, dove il tasso nei 12 mesi è leggermente più alto tra le femmine (0,6%) rispetto ai maschi (0,4%). I tassi sono più alti fra gli individui di età inferiore ai 30 anni, con un picco che si verifica in individui di 18-29 anni (0,6%) e diminuisce fino al virtuale 0,0% fra gli individui di 45 anni e oltre.

Ci sono differenze etniche marcate nella prevalenza del disturbo da uso di altri allucinogeni nei 12 mesi. Fra i giovani di 12-17 anni, la prevalenza nei 12 mesi precedenti è più alta fra i nativi americani e i nativi dell'Alaska (1,2%) che fra gli ispanici (0,6%), i bianchi (0,6%), gli afroamericani (0,2%) e gli asiaticoamericani e isolani del Pacifico (0,2%). Fra gli adulti, la prevalenza nei 12 mesi di un disturbo da uso di altri allucinogeni è simile per nativi americani, nativi dell'Alaska, bianchi e ispanici (tutti 0,2%), mentre alquanto più bassa per asiaticoamericani e isolani del Pacifico (0,07%) e afroamericani (0,03%). La prevalenza nell'anno precedente è più alta nei campioni clinici (per es., 19% fra gli adolescenti in trattamento). Fra gli individui che attualmente usano allucinogeni, nella popolazione generale, dal 7,8% (adulti) fino al 17% (adolescenti) hanno avuto un pattern problematico di uso che ha soddisfatto i criteri per il disturbo da uso di altri allucinogeni nell'anno precedente. Fra gruppi selezionati di individui che usano allucinogeni (per es., un uso pesante e recente di ecstasy), il 73,5% degli adulti e il 77% degli adolescenti ha un pattern problematico di uso che può soddisfare i criteri per il disturbo da uso di altri allucinogeni.

Sviluppo e decorso

Al contrario di molte sostanze dove un'età precoce di esordio è associata a innalzamento del rischio per il corrispondente disturbo da uso, non è chiaro se vi sia un'associazione fra un'età precoce di esordio e innalzamento del rischio per il disturbo da uso di altri allucinogeni. Tuttavia, i pattern di consumo della sostanza sono stati riscontrati differire a seconda dell'età d'esordio, con utilizzatori di ecstasy a esordio precoce che tendono maggiormente a essere utilizzatori di polisostanze, rispetto a quelli con un esordio più tardivo. Ci può essere un'influenza sproporzionata dell'uso di specifici allucinogeni sul rischio di sviluppare un disturbo da uso di altri allucinogeni, con l'uso di ecstasy/MDMA ad aumentare il rischio di un disturbo da uso di altri allucinogeni.

Poco si sa relativamente al decorso del disturbo da uso di altri allucinogeni, ma generalmente si pensa abbia una bassa incidenza, bassa persistenza e alti tassi di guarigione. Gli adolescenti sono specialmente a rischio per l'uso di queste sostanze e si stima che il 2,7% di giovani di 12-17 anni ne abbia usata una o più negli ultimi 12 mesi, con il 44% che ha usato MDMA/ecstasy. Il disturbo da uso di altri allucinogeni è un disturbo osservato primariamente fra individui di età inferiore ai 30 anni, con tassi infinitamente rari tra gli adulti più anziani.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Negli adolescenti, ma non correntemente negli adulti, l'uso di MDMA è associato a un elevato tasso di disturbo da uso di altri allucinogeni. I disturbi da uso di altre sostanze, in particolare da alcol, tabacco e cannabis, e il disturbo depressivo maggiore sono associati a elevati tassi di disturbo da uso di altri allucinogeni. Il disturbo antisociale di personalità può essere elevato fra gli individui che usano più di due altre sostanze in aggiunta agli allucinogeni, comparati con i loro omologhi con una storia di uso meno prolungata. L'influenza di comportamenti antisociali dell'adulto – ma non il disturbo della condotta o il disturbo antisociale di personalità – su un disturbo da uso di altri allucinogeni può essere più forte nelle femmine che nei maschi. L'uso di specifici allucinogeni (per es., salvia) è rilevante fra gli individui di 18-25 anni con altri comportamenti a rischio e attività illegali. L'uso di cannabis è stato anche implicato come precursore dell'iniziazione all'uso di allucinogeni (per es., ecstasy), insieme a un precoce uso di alcol e tabacco. Un più elevato uso di droghe da parte dei pari e la ricerca di sen-

sazioni forti sono stati anche associati a elevati tassi di uso di ecstasy. L'uso di MDMA/ecstasy sembra indicare un gruppo di utilizzatori di allucinogeni di maggiore gravità.

Fattori genetici e fisiologici. Fra i gemelli maschi, la variabilità totale dovuta a fattori aggiuntivi è stata stimata oscillare dal 26 al 79%, con evidenze inconsistenti per influenze ambientali condivise.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Storicamente, gli allucinogeni sono stati usati come parte di rituali religiosi consolidati, come l'uso del peyote nella Chiesa dei nativi americani e in Messico. L'uso rituale, da parte delle popolazioni indigene, di psilocibina ottenuta da un certo tipo di funghi si è verificato in Sudamerica, Messico e in alcune aree degli Stati Uniti, o quello della ayahuasca nella Chiesa del Santo Daime e nella setta UDV (União de Vegetal). L'uso abituale del peyote come parte di rituali religiosi non è collegato a deficit neuropsicologici o psicologici. Per gli adulti, non ci sono differenze apparenti, al momento attuale, di razza o etnia per la totalità dei criteri o per qualsiasi criterio individuale.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Fra gli adolescenti, le femmine sembrano tendere meno dei maschi a sostenere un "uso pericoloso" e il genere femminile può essere associato a un aumento di probabilità di disturbo da uso di altri allucinogeni.

Marker diagnostici

Gli esami di laboratorio possono essere utili per distinguere tra i differenti allucinogeni. Tuttavia, poiché alcuni agenti (per es., LSD) sono così potenti che già una piccola dose come 75 mg può produrre reazioni gravi, un esame tossicologico tipico non sempre rivelerà quale sostanza è stata usata.

Conseguenze funzionali del disturbo da uso di altri allucinogeni

Ci sono evidenze di effetti neurotossici a lungo termine nell'uso di MDMA/ecstasy, compresi compromissione della memoria, della funzione psicologica e della funzione neuroendocrina; disfunzione del sistema serotoninergico; e disturbo del sonno; come pure effetti negativi sul microcircolo cerebrale, nella maturazione della sostanza bianca e danni assonali. L'uso di MDMA/ecstasy può diminuire la funzione di connettività fra le regioni cerebrali.

Diagnosi differenziale

Disturbi da uso di altre sostanze. Gli effetti degli allucinogeni devono essere distinti da quelli di altre sostanze (per es., amfetamine), specialmente perché la contaminazione degli allucinogeni con altre sostanze è relativamente comune.

Schizofrenia. Anche la schizofrenia deve essere esclusa, poiché alcuni individui affetti (per es., individui con schizofrenia che presentano paranoia) possono attribuire erroneamente i loro sintomi all'uso di allucinogeni.

Altri disturbi mentali o condizioni mediche. Altri disturbi potenziali o condizioni da considerare comprendono disturbo di panico, disturbo depressivo e bipolare, astinenza da alcol o sedativi, ipoglicemia e altre condizioni metaboliche, disturbo da convulsioni e tumori del sistema nervoso centrale. Un'anamnesi attenta dell'assunzione di

sostanza, resoconti collaterali da parte della famiglia e degli amici (se possibile), l'età, la storia clinica, l'esame obiettivo e i resoconti tossicologici saranno utili per arrivare alla decisione diagnostica finale.

Comorbilità

Gli adolescenti che usano MDMA/ecstasy e altri allucinogeni, così come gli adulti che hanno recentemente usato ecstasy, hanno una più alta prevalenza di disturbi da uso di altre sostanze comparata con utilizzatori di sostanze non allucinogene. Gli individui che usano allucinogeni mostrano un innalzamento dei disturbi mentali non da sostanze (specialmente ansia, disturbo depressivo e bipolare), in particolare con l'uso di ecstasy e salvia. Tassi di disturbo antisociale di personalità (ma non disturbo della condotta) sono significativamente elevati fra gli individui con un disturbo da uso di altri allucinogeni, come pure i tassi di comportamento antisociale nell'adulto. Tuttavia, non è chiaro se le malattie mentali siano precorritrici piuttosto che conseguenze del disturbo da uso di altri allucinogeni (si veda la sezione "Fattori di rischio e prognosi" per questo disturbo). Entrambi, adulti e adolescenti che usano l'ecstasy, sono probabilmente più a rischio rispetto a quelli che usano altre droghe di divenire utilizzatori di polisostanze o di avere disturbi da uso di altre sostanze.

Intossicazione da fenciclidina

Criteri diagnostici

A. Recente uso di fenciclidina (o di una sostanza farmacologica simile).

B. Cambiamenti comportamentali problematici clinicamente significativi (per es., litigiosità, aggressività, impulsività, imprevedibilità, agitazione psicomotoria, capacità critica compromessa), che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di fenciclidina.

C. Comparsa entro un'ora di due (o più) dei seguenti segni o sintomi:

Nota: Quando la sostanza viene fumata, "sniffata" o assunta per endovena, l'esordio può essere particolarmente rapido.

1. Nistagmo verticale o orizzontale.
2. Ipertensione o tachicardia.
3. Torpore o diminuita risposta al dolore.
4. Atassia.
5. Disartria.
6. Rigidità muscolare.
7. Convulsioni o coma.
8. Iperacusia.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **292.89**. Il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, un disturbo da uso di fenciclidina in comorbilità. Se vi è un disturbo da uso di fenciclidina lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F16.129**, e se vi è un disturbo da uso di fenciclidina moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F16.229**. Se non vi è un disturbo da uso di fenciclidina in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F16.929**.

Nota: In aggiunta alla sezione "Conseguenze funzionali dell'intossicazione da fenciclidina", si veda la sezione corrispondente nel disturbo da uso di fenciclidina.

Caratteristiche diagnostiche

L'intossicazione da fenciclidina riflette i cambiamenti di comportamento clinicamente significativi che si verificano subito dopo l'ingestione di questa sostanza (o di una sostanza farmacologicamente simile). Le manifestazioni cliniche più comuni dell'intossicazione da fenciclidina comprendono disorientamento, confusione senza allucinazioni, allucinazioni o deliri, una sindrome catatonicosimile, e coma di gravità variabile. L'intossicazione dura tipicamente parecchie ore ma, a seconda del tipo di manifestazione clinica e se sono state consumate altre sostanze oltre la fenciclidina, può durare per diversi giorni e anche più a lungo.

Prevalenza

L'uso di fenciclidina o sostanze correlate può essere preso come stima della prevalenza dell'intossicazione. Approssimativamente il 2,5% della popolazione riferisce di non avere mai usato fenciclidina. Fra gli studenti liceali, il 2,3% del 12° anno riferisce di non aver mai usato fenciclidina, con il 57% che ne ha fatto uso nei 12 mesi precedenti. Questo rappresenta un aumento rispetto alle stime precedenti al 2011. L'uso di ketamina nell'anno precedente, che è valutata separatamente da altre sostanze, è rimasto stabile attraverso il tempo, con circa l'1,7% degli studenti del 12° anno che riferisce di usarla.

Marker diagnostici

Gli esami di laboratorio possono essere utili, poiché la fenciclidina è rintracciabile nelle urine fino a 8 giorni dopo l'uso, sebbene i livelli siano solo debolmente associati alla manifestazione clinica di un individuo e perciò possono non essere utili per la gestione del caso. I livelli di creatina-fosfochinasi e l'aspartato amino-transferasi possono essere elevati.

Conseguenze funzionali dell'intossicazione da fenciclidina

L'intossicazione da fenciclidina produce estesa tossicità cardiovascolare e neurologica (per es., convulsioni, distonie, discinesie, catalessia, ipotermia o ipertermia).

Diagnosi differenziale

In particolare, in assenza di un esame di realtà integro (cioè senza insight di eventuali alterazioni percettive) una diagnosi aggiuntiva di disturbo psicotico indotto da fenciclidina dovrebbe essere considerata.

Intossicazione da altre sostanze. L'intossicazione da fenciclidina dovrebbe essere differenziata dall'intossicazione dovuta ad altre sostanze, compresi altri allucinogeni; amfetamine, cocaina o altri stimolanti; e anticolinergici, come pure astinenza da benzodiazepine. Nistagmo e comportamento stravagante e violento possono distinguere l'intossicazione dovuta a fenciclidina da quella dovuta ad altre sostanze. I test tossicologici possono essere utili per effettuare questi distinguo, poiché la fenciclidina è rintracciabile nelle urine fino a 8 giorni dopo l'uso. Tuttavia, vi è una debole correlazione tra la quantità dei livelli tossicologici di fenciclidina e la manifestazione clinica, che diminuisce l'utilità dei risultati di laboratorio nella gestione del paziente.

Altre condizioni. Altre condizioni da considerare comprendono schizofrenia, depressione, astinenza da altre sostanze (per es., sedativi, alcol), certi disturbi metabolici quali ipoglicemia e iponatremia, tumori del sistema nervoso centrale, disturbi da convulsioni, sepsi, sindrome neurolettica maligna e danni vascolari.

Intossicazione da altri allucinogeni

Criteri diagnostici

A. Recente uso di allucinogeni (diversi da fenciclidina).

B. Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (per es., marcata ansia o depressione, idee di riferimento, paura di "perdere la propria mente", ideazione paranoide, capacità critica compromessa) che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di allucinogeni.

C. Cambiamenti percettivi che si verificano in uno stato di completa vigilanza e allerta (per es., intensificazione soggettiva delle percezioni, depersonalizzazione, illusioni, allucinazioni, sinestesie) e si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di allucinogeni.

D. Due (o più) dei seguenti segni che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di allucinogeni:

1. Midriasi.
2. Tachicardia.
3. Sudorazione.
4. Palpitazioni.
5. Visione offuscata.
6. Tremori.
7. Mancanza di coordinazione.

E. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **292.89**. Il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, un disturbo da uso di allucinogeni in comorbilità. Se vi è un disturbo da uso di allucinogeni lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F16.129**, e se vi è un disturbo da uso di allucinogeni moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F16.229**. Se non vi è un disturbo da uso di allucinogeni in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F16.929**.

Nota: Per informazioni su "Caratteristiche associate a supporto della diagnosi" e "Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza" si vedano le corrispondenti sezioni nel disturbo da uso di altri allucinogeni.

Caratteristiche diagnostiche

L'intossicazione da altri allucinogeni si riflette in un comportamento clinicamente significativo o cambiamenti psicologici che si verificano subito dopo l'ingestione di un allucinogeno. A seconda dello specifico allucinogeno, l'intossicazione può durare solo pochi minuti (per es., da salvia) o parecchie ore e più (per es., con LSD [dietilammide dell'acido lisergico] o MDMA [3,4-metilenediossimetamfetamina]).

Prevalenza

La prevalenza dell'intossicazione da altri allucinogeni può essere stimata sulla base dell'uso di queste sostanze. Negli Stati Uniti, l'1,8% degli individui di 12 anni di età o più vecchi riferiscono l'uso di allucinogeni nell'anno precedente. L'uso è prevalente fra gli individui più giovani, con il 3,1% tra 12 e 17 anni e 7,1% tra 18 e 25 anni che hanno usato allucinogeni nell'anno precedente, comparato con solo lo 0,7% di individui di 26 anni o più vecchi. La prevalenza nei 12 mesi per l'uso di allucinogeni è più comune nei maschi (2,4%) che nelle femmine (1,2%) e, ancor di più, tra gli individui

di 18-25 anni (9,2% per i maschi versus 5,0% per le femmine). Per contro, tra gli individui di 12-17 anni non vi sono differenze di genere (3,1% per entrambi i sessi). Questi dati possono essere utilizzati come stime approssimative per differenze correlate al genere nella prevalenza di intossicazione da altri allucinogeni.

Rischio di suicidio

L'intossicazione da altri allucinogeni può portare a un aumento del tasso di suicidi, sebbene il suicidio sia raro fra gli utilizzatori di allucinogeni.

Conseguenze funzionali dell'intossicazione da altri allucinogeni

L'intossicazione da altri allucinogeni può avere conseguenze serie. Le alterazioni percettive e la capacità critica compromessa, associate a intossicazione da altri allucinogeni, possono causare o ferite o perdita della vita a seguito di incidenti automobilistici, scontri fisici o autolesività non intenzionali (per es., il tentativo di "volare" da luoghi alti). I fattori ambientali, la personalità e le aspettative degli individui che usano allucinogeni possono contribuire alla natura e alla gravità dell'intossicazione da allucinogeni. L'uso continuato di allucinogeni, particolarmente MDMA, è stato anche correlato a effetti neurotossici.

Diagnosi differenziale

Intossicazione da altre sostanze. L'intossicazione da altri allucinogeni dovrebbe essere differenziata dall'intossicazione da amfetamine, cocaina o altri stimolanti; anticolinergici; inalanti; e fenciclidina. I test tossicologici sono utili per fare questa distinzione, così come può risultare utile la determinazione della modalità di somministrazione.

Altre condizioni. Altri disturbi e condizioni da considerare comprendono schizofrenia, depressione, astinenza da altre sostanze (per es., sedativi, alcol), certi disturbi metabolici (per es., ipoglicemia), disturbi da convulsioni, tumori del sistema nervoso centrale e danni vascolari.

Disturbo percettivo persistente da allucinogeni. L'intossicazione da altri allucinogeni si distingue dal disturbo percettivo persistente da allucinogeni, perché i sintomi in quest'ultimo continuano episodicamente o continuativamente per settimane (o più a lungo) dopo l'intossicazione più recente.

Altri disturbi indotti da allucinogeni. L'intossicazione da altri allucinogeni si distingue da altri disturbi indotti da allucinogeni (per es., disturbo d'ansia indotto da allucinogeni, con esordio durante l'intossicazione), perché i sintomi di questi ultimi disturbi predominano la manifestazione clinica e sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo percettivo persistente da allucinogeni 292.89 (F16.983)

Criteri diagnostici

A. A seguito della cessazione dell'uso di allucinogeni, la ricomparsa di uno o più dei sintomi percettivi che erano stati sperimentati durante l'intossicazione da allucinogeni (per es., allucinazioni geometriche, false percezioni di movimento nei campi visivi periferici, flash di colori, colori intensificati, scie di immagini di oggetti in movimento, immagini residue positive, aureole attorno agli oggetti, macropsia e micropsia).

B. I sintomi del Criterio A causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. I sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica (per es., lesioni anatomiche e infezioni cerebrali, epilessie visive) e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., delirium, disturbo neurocognitivo maggiore, schizofrenia) o allucinazioni ipnopompiche.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica del disturbo percettivo persistente da allucinogeni è il rivivere, quando l'individuo è sobrio, le alterazioni percettive che sono state sperimentate mentre l'individuo era intossicato con gli allucinogeni (Criterio A). I sintomi possono comprendere qualsiasi alterazione percettiva, ma i disturbi visivi tendono a predominare. Tipiche delle visioni percettive anomale sono allucinazioni geometriche, false percezioni di movimento nei campi visivi periferici, flash di colori, colori intensificati, scie di immagini di oggetti in movimento (cioè immagini che rimangono in sospeso nel passaggio di un oggetto in movimento come se fosse visto in fotografia stroboscopica), percezioni di oggetti interi, immagini residue positive (cioè l'"ombra" di un oggetto con lo stesso colore o con un colore complementare persiste dopo la rimozione dell'oggetto), aureole attorno agli oggetti, errata percezione delle immagini come troppo grandi (macropsia) o troppo piccole (micropsia). La durata dei disturbi visivi può essere episodica o quasi continua e deve causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio B). I disturbi possono perdurare per settimane, mesi o anni. Altre spiegazioni per i disturbi (per es., lesioni cerebrali, psicosi preesistenti, disturbi convulsivi, aura emicranica senza cefalea) devono essere escluse (Criterio C).

Il disturbo percettivo persistente da allucinogeni si verifica primariamente dopo l'uso di LSD (dietilammide dell'acido lisergico), ma non esclusivamente. Non sembra esserci una forte correlazione fra il disturbo percettivo persistente da allucinogeni e il numero di occasioni d'uso di allucinogeni, dati alcuni casi di disturbo percettivo persistente da allucinogeni che si verificano in individui con una minima esposizione agli allucinogeni. Alcuni casi di disturbo percettivo persistente da allucinogeni possono essere scatenati dall'uso di altre sostanze (per es., cannabis o alcol) o nell'adattamento agli ambienti bui.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'esame di realtà rimane integro negli individui con disturbo percettivo persistente da allucinogeni (cioè l'individuo è conscio che il disturbo è correlato all'effetto della droga). Se questo non è il caso, un altro disturbo potrebbe meglio spiegare le percezioni anormali.

Prevalenza

Le stime della prevalenza del disturbo percettivo persistente da allucinogeni sono sconosciute. Le stime di prevalenza iniziale del disturbo fra gli individui che usano allucinogeni sono approssimativamente del 4,2%.

Sviluppo e decorso

Si sa poco sullo sviluppo del disturbo percettivo persistente da allucinogeni. Il suo decorso, come suggerito dal nome, è persistente, perdura per settimane, mesi, addirittura anni in certi individui.

Fattori di rischio e prognosi

Ci sono poche evidenze relativamente ai fattori di rischio per il disturbo percettivo persistente da allucinogeni, sebbene fattori genetici siano stati suggeriti come possibile spiegazione alla base della suscettibilità agli effetti dell'LSD in questa condizione.

Conseguenze funzionali del disturbo percettivo persistente da allucinogeni

Sebbene il disturbo percettivo persistente da allucinogeni rimanga, in alcuni casi, una condizione cronica, molti individui con questo disturbo sono in grado di cancellarne gli effetti e continuare una normale funzionalità quotidiana.

Diagnosi differenziale

Le condizioni da escludere comprendono schizofrenia, effetti di altre sostanze, disturbi neurodegenerativi, ictus, tumori del cervello, infezioni e traumi cranici. I risultati del neuroimaging, nei casi di disturbo percettivo persistente da allucinogeni, sono tipicamente negativi. Come notato in precedenza, l'esame di realtà rimane integro (cioè l'individuo è conscio che il disturbo è collegato all'effetto della sostanza); se non è questo il caso, un altro disturbo (per es., disturbo psicotico, un'altra condizione medica) potrebbe meglio spiegare le percezioni anormali.

Comorbilità

I disturbi mentali in comorbilità più comuni che accompagnano il disturbo percettivo persistente da allucinogeni sono il disturbo di panico, il disturbo da uso di alcol e il disturbo depressivo maggiore.

Altri disturbi indotti da fenciclidina

Altri disturbi indotti da fenciclidina sono descritti in altri capitoli del manuale con i disturbi con i quali condividono la fenomenologia (si vedano i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci in questi capitoli): il disturbo psicotico indotto da fenciclidina ("Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici"); il disturbo bipolare indotto da fenciclidina ("Disturbi bipolari e disturbi correlati"); il disturbo depressivo indotto da fenciclidina ("Disturbi depressivi"); e il disturbo d'ansia indotto da fenciclidina ("Disturbi d'ansia"). Per il delirium da intossicazione indotto da fenciclidina, si vedano i criteri e la discussione del delirium nel capitolo "Disturbi neurocognitivi". Questi disturbi indotti da fenciclidina vengono diagnosticati al posto dell'intossicazione da fenciclidina solo quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbi indotti da altri allucinogeni

I seguenti disturbi indotti da altri allucinogeni vengono descritti in altri capitoli del manuale con i disturbi con i quali condividono la fenomenologia (si vedano i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci in questi capitoli): disturbo psicotico indotto da altri allucinogeni ("Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici"); disturbo bipolare indotto da altri allucinogeni ("Disturbi bipolari e disturbi correlati"); disturbo depressivo indotto da altri allucinogeni ("Disturbi depressivi"); e disturbo d'ansia indotto da altri allucinogeni ("Disturbi d'ansia"). Per il delirium da altri allucinogeni, si vedano i criteri e la discussione del delirium nel capitolo "Disturbi neurocognitivi". Questi disturbi indotti da allucinogeni vengono diagnosticati al posto dell'intossicazione da allucinogeni solo quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato alla fenciclidina senza specificazione 292.9 (F16.99)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato alla fenciclidina, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato alla fenciclidina o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.

Disturbo correlato agli allucinogeni senza specificazione 292.9 (F16.99)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato agli allucinogeni, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato agli allucinogeni o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.

Disturbi correlati agli inalanti

- **Disturbo da uso di inalanti**
- **Intossicazione da inalanti**
- **Altri disturbi indotti da inalanti**
- **Disturbo correlato agli inalanti senza specificazione**

Disturbo da uso di inalanti

Criteri diagnostici

A. Un pattern problematico di uso di una sostanza inalante a base di idrocarburi che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:
   1. La sostanza inalante è spesso assunta in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.
   2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza inalante.

3. Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi la sostanza inalante, usare la sostanza inalante o recuperare dai suoi effetti.
4. Craving, o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza inalante.
5. Uso ricorrente della sostanza inalante, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa.
6. Uso continuato della sostanza inalante nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza inalante.
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza inalante.
8. Uso ricorrente della sostanza inalante in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso.
9. Uso continuato della sostanza inalante nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza inalante.
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. Un bisogno di quantità marcatamente aumentate della sostanza inalante per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato.
    b. Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità della sostanza inalante.

Specificare **l'inalante:** Dove possibile, la sostanza specifica coinvolta deve essere indicata (per es., "disturbo da uso di solventi").

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di inalanti sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di inalanti è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza inalante", che può essere soddisfatto).

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di inalanti sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di inalanti è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza inalante", che può essere soddisfatto).

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo si trova in un ambiente dove l'accesso a sostanze inalanti è limitato.

Codifica basata sulla gravità attuale: Nota per i codici ICD-10-CM: se vi è anche un'intossicazione da inalanti o un altro disturbo mentale indotto da inalanti, non usare i codici sotto indicati per il disturbo da uso di inalanti. Per contro, il disturbo da uso di inalanti in comorbilità viene indicato nel 4° carattere del codice del disturbo indotto da inalanti (si veda la nota di codifica per intossicazione da inalanti o per uno specifico disturbo mentale indotto da inalanti). Per esempio, se vi sono un disturbo depressivo indotto da inalanti e un disturbo da uso di inalanti in comorbilità, viene fornito solo il codice per il disturbo depressivo indotto da inalanti, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di inalanti in comorbilità è lieve, moderato o grave: F18.14 per disturbo da uso di inalanti lieve con disturbo depressivo indotto da inalanti o F18.24 per disturbo da uso di inalanti moderato o grave con disturbo depressivo indotto da inalanti.

Specificare la gravità attuale:

305.90 (F18.10) Lieve: Presenza di 2-3 sintomi.

304.60 (F18.20) Moderata: Presenza di 4-5 sintomi.

304.60 (F18.20) Grave: Presenza di 6 o più sintomi.

Specificatori

Questo manuale riconosce l'uso di idrocarburi volatili che soddisfano i suddetti criteri diagnostici come disturbo da uso di inalanti. Gli idrocarburi volatili sono gas tossici emanati da colle, combustibili, vernici e altri composti volatili. Se possibile, la particolare sostanza coinvolta deve essere indicata (per es., "disturbo da uso di toluene"). Tuttavia, la maggior parte dei composti che vengono inalati è un miscuglio di diverse sostanze che possono produrre effetti psicoattivi ed è spesso difficile accertare l'esatta sostanza responsabile del disturbo. A meno che non vi sia chiara evidenza che è stata usata una singola sostanza, non mescolata, il termine generale di inalanti deve essere utilizzato nel registrare la diagnosi. I disturbi che insorgono dall'inalazione di protossido di azoto o di nitrito di amile, butile o isobutile vengono considerati come disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza.

"In ambiente controllato" si applica come ulteriore specificatore di remissione se l'individuo è in remissione e si trova in ambiente controllato (cioè in remissione precoce in ambiente controllato o in remissione protratta in ambiente controllato). Esempi di questi ambienti sono carceri con stretta sorveglianza e dove è escluso l'uso di qualsiasi tipo di sostanza, comunità terapeutiche e unità ospedaliere chiuse.

La gravità del disturbo da uso di inalanti dell'individuo è valutata dal numero dei criteri diagnostici manifestati. Il cambiamento della gravità del disturbo da uso di inalanti dell'individuo nel corso del tempo si riflette nella riduzione della frequenza (per es., giorni di uso al mese) e/o nella dose usata (per es., tubetti di colla per giorno), valutata tramite il resoconto autoriferito dall'individuo, il resoconto di altri, le osservazioni del clinico ed esami di laboratorio (se praticabili).

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche del disturbo da uso di inalanti comprendono l'uso ripetuto di una sostanza inalante nonostante l'individuo sappia che la sostanza è causa di problemi (Criterio A9). Questi problemi si riflettono nei criteri diagnostici.

Mancare dal lavoro o da scuola o l'incapacità di assumersi le responsabilità del caso sul lavoro o a scuola (Criterio A5) e l'uso continuativo di sostanze inalanti anche se ciò causa discussioni in famiglia, con gli amici, scontri e altri problemi sociali o interpersonali (Criterio A6), può essere osservato nel disturbo da uso di inalanti. Possono anche verificarsi limitazioni nei contatti familiari, negli obblighi di ruolo sul lavoro e a scuola o nelle attività ricreative (per es., sport, giochi, hobby) (Criterio A7). Si osserva anche uso di inalanti durante la guida o mentre si opera con attrezzature pericolose (Criterio A8).

Tolleranza (Criterio A10) e astinenza lieve sono entrambe riferite da circa il 10% degli individui che usa inalanti e qualche individuo usa inalanti per evitare l'astinenza. Tuttavia, poiché i sintomi di astinenza sono lievi, questo manuale non riconosce una diagnosi di astinenza da inalanti, né considera le lamentele di astinenza come un criterio diagnostico per il disturbo da uso di inalanti.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Una diagnosi di disturbo da uso di inalanti è supportata da ricorrenti episodi di intossicazione con risultati negativi nelle valutazioni standard per le sostanze (test che non rintracciano gli inalanti); possesso, o odore sulla biancheria, di sostanze inalanti; eruzione periorale o perinasale da "sniffatura" di colla; condivisione con altri indi-

vidui di cui è noto l'uso di inalanti; membri di gruppi con prevalente uso di inalanti (per es., alcuni nativi o comunità aborigene, bambini senza fissa dimora aggregati in bande di strada); facile accesso a certe sostanze inalanti; possesso di tutta l'attrezzatura; presenza di complicazioni mediche caratteristiche del disturbo (per es., patologia della sostanza bianca cerebrale, rabdomiolisi); e presenza di disturbi da uso di molteplici sostanze. L'uso di inalanti e il disturbo da uso di inalanti sono associati a tentativi di suicidio pregressi, specialmente fra gli adulti che riferiscono precedenti episodi di morale basso o anedonia.

Prevalenza

Circa lo 0,4% di americani di 12-17 anni ha un pattern d'uso che soddisfa i criteri per il disturbo da uso di inalanti nei 12 mesi precedenti. Tra questi giovani, la prevalenza più alta è fra i nativi americani e la più bassa tra gli afroamericani. La prevalenza scende fino allo 0,1% fra gli americani di 18-29 anni e solo allo 0,02% se si considerano tutti gli americani dai 18 anni in su, con quasi assenza di femmine e una preponderanza di americani di origine europea. Naturalmente, in sottogruppi isolati, la prevalenza può differire considerevolmente da questi tassi complessivi.

Sviluppo e decorso

Circa il 10% dei bambini americani di 13 anni riferisce di avere usato inalanti almeno una volta; percentuale che rimane stabile fino ai 17 anni di età. Tra quelli di 12-17 anni che usano inalanti, le sostanze più usate comprendono colla, lucido per scarpe o toluene; benzina o fluido per accendini; o vernici spray.

Solo lo 0,4% di quelli di 12-17 anni progredisce fino al disturbo da uso di inalanti; questi giovani tendono a presentare altri molteplici problemi. La diminuzione della prevalenza del disturbo da uso di inalanti dopo l'adolescenza indica che questo disturbo di solito si risolve nella prima età adulta.

Il disturbo da uso di idrocarburi volatili è raro nei bambini in età prepuberale, più comune negli adolescenti e giovani adulti e non comune nelle persone più anziane. Le chiamate al centro antiveleni per "abuso intenzionale" di inalanti riguardano soprattutto individui di 14 anni. Degli adolescenti che usano inalanti, forse un quinto sviluppa un disturbo da uso di inalanti; qualcuno muore per incidenti correlati a inalanti o per "morte improvvisa da sniffata". Ma, a quanto sembra, in molti individui il disturbo si risolve dopo l'adolescenza. La prevalenza diminuisce drammaticamente a cavallo dei 20 anni. Gli individui con un disturbo da uso di inalanti che si estende in età adulta hanno spesso problemi gravi: disturbi da uso di sostanze, disturbo antisociale di personalità e ideazione con tentativi di suicidio.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Fattori predittivi di progressione dal non uso di inalanti all'uso, al disturbo da uso di inalanti comprendono disturbi da uso di sostanze non inalanti e/o disturbo della condotta o disturbo antisociale di personalità in comorbilità. Altri fattori predittivi sono un esordio più precoce dell'uso di inalanti e un precedente ricorso ai servizi di salute mentale.

Fattori ambientali. I gas inalanti sono largamente e legalmente disponibili, aumentando così il rischio di abuso. Maltrattamenti o traumi nell'infanzia sono altresì associati a una progressione giovanile dal non uso di inalanti al disturbo da uso di inalanti.

Fattori genetici e fisiologici. La *disinibizione comportamentale* è una propensione generale altamente ereditabile di non vincolare il comportamento entro modalità socialmente accettabili, rompere norme e regole sociali e assumersi rischi pericolosi, perseguire eccessivamente alcune ricompense nonostante i pericoli di conseguenze negative. I giovani con forte disinibizione comportamentale mostrano fattori di rischio per disturbo da uso di inalanti; esordio precoce di un disturbo da uso di sostanze; coinvolgimento nell'uso di molteplici sostanze e problemi precoci di condotta. Poiché la disinibizione comportamentale subisce una forte influenza genetica, i giovani che fanno parte di famiglie con problemi legati a sostanze e problemi antisociali sono a rischio elevato per lo sviluppo di un disturbo da uso di inalanti.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Talune comunità di nativi o aborigeni hanno fatto esperienza di un'alta prevalenza di problemi legati a inalanti. Inoltre, in alcuni paesi, gruppi di bambini senza fissa dimora aggregati in bande di strada hanno problemi legati a un uso estensivo di inalanti.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Sebbene la prevalenza del disturbo da uso di inalanti sia pressoché identica fra adolescenti maschi e femmine, il disturbo è molto raro fra gli adulti di sesso femminile.

Marker diagnostici

Test su saliva, respiro o urine assumono valore nella valutazione di uso concomitante di sostanze non inalanti da parte di individui con disturbo da uso di inalanti. Tuttavia, problemi tecnici e il costo considerevole delle analisi rende impraticabili test biologici frequenti per gli inalanti stessi.

Conseguenze funzionali del disturbo da uso di inalanti

A causa della tossicità intrinseca, non è infrequente un esito fatale per l'uso di butano o propano. Inoltre, qualsiasi idrocarburo volatile inalato può causare "morte improvvisa da sniffata" per aritmia cardiaca. Incidenti fatali possono verificarsi anche alla prima esposizione a inalanti, e non si pensa siano correlati alla dose. L'uso di idrocarburi volatili compromette la funzione neurocomportamentale e causa vari problemi neurologici, gastrointestinali, cardiovascolari e polmonari.

Gli utilizzatori di inalanti a lungo termine sono a maggior rischio di tubercolosi, HIV/AIDS, malattie a trasmissione sessuale, depressione, ansia, bronchiti, asma e sinusiti. La morte può verificarsi per depressione respiratoria, aritmia, asfissia, *ab ingestis*, incidenti o infortuni.

Diagnosi differenziale

Esposizione a inalanti (non intenzionale) da produzione industriale o altri incidenti. Questa dicitura viene utilizzata quando i risultati suggeriscono esposizione continua e ripetuta agli inalanti, ma l'individuo coinvolto e altri informatori negano qualsiasi storia di uso di inalanti finalizzato.

Uso di inalanti (intenzionale), senza soddisfare i criteri per il disturbo da uso di inalanti. L'uso di inalanti è comune fra gli adolescenti, ma per la maggior parte di questi individui l'uso di inalanti non soddisfa gli standard diagnostici di due o più voci del Criterio A per disturbo da uso di inalanti nell'anno precedente.

Intossicazione da inalanti, senza soddisfare i criteri per il disturbo da uso di inalanti. L'intossicazione da inalanti si verifica frequentemente durante il disturbo da uso di inalanti, ma può anche verificarsi fra individui il cui uso non soddisfa i criteri per il disturbo da uso di inalanti, che richiede come minimo due dei 10 criteri diagnostici nell'anno precedente.

Disturbi indotti da inalanti (cioè disturbo psicotico indotto da inalanti, disturbo depressivo, disturbo d'ansia, disturbo neurocognitivo, altri disturbi indotti da inalanti) senza soddisfare i criteri per il disturbo da uso di inalanti. Sono soddisfatti i criteri per un disturbo psicotico, depressivo, d'ansia o neurocognitivo maggiore e vi sono evidenze dalla storia, esame obiettivo o risultati di laboratorio che i deficit sono eziologicamente correlati agli effetti delle sostanze inalanti. Nonostante ciò, i criteri per il disturbo da uso di inalanti possono non essere soddisfatti (cioè erano presenti meno di due dei 10 criteri).

Disturbi da uso di altre sostanze, specialmente quelle che implicano sostanze sedative (per es., alcol, benzodiazepine, barbiturici). Il disturbo da uso di inalanti comunemente si verifica in concomitanza con disturbi da uso di altre sostanze e i sintomi dei disturbi possono essere simili e sovrapponibili. Per districare i pattern dei sintomi, è d'aiuto informarsi su quali siano i sintomi che persistevano durante i periodi in cui alcune delle sostanze non venivano assunte.

Altri disturbi tossici, metabolici, traumatici, neoplastici o infettivi che compromettono le funzioni del sistema nervoso centrale o periferico. Individui con disturbo da uso di inalanti possono presentarsi con sintomi di anemia perniciosa, degenerazione subacuta combinata del midollo spinale, psicosi, disturbo cognitivo maggiore o minore, atrofia cerebrale, leucoencefalopatia e molti altri disturbi del sistema nervoso. Ovviamente, questi disturbi possono anche verificarsi in assenza di disturbo da uso di inalanti. Una storia negativa o di uno scarso uso di inalanti aiuta a escludere il disturbo da uso di inalanti come fonte di tali problemi medici.

Disturbi di altri sistemi organici. Gli individui con disturbo da uso di inalanti possono presentarsi con sintomi da danno epatico e renale, rabdomiolisi, metaemoglobinemia o sintomi di altre malattie gastrointestinali, cardiovascolari o polmonari. Una storia di piccolo o assente uso di inalanti aiuta a escludere il disturbo da uso di inalanti come fonte di tali problemi medici.

Comorbilità

Gli individui con disturbo da uso di inalanti che ricevono cure cliniche hanno spesso numerosi disturbi da uso di altre sostanze. Il disturbo da uso di inalanti si verifica comunemente in concomitanza con un disturbo della condotta in adolescenza e un disturbo antisociale di personalità nell'adulto. L'uso di inalanti nell'adulto e il disturbo da uso di inalanti sono anche fortemente associati a ideazioni suicidarie e tentativi di suicidio.

Intossicazione da inalanti

Criteri diagnostici

A. Una recente esposizione a sostanze inalanti, intenzionale o non intenzionale, a breve termine, ad alto dosaggio, compresi idrocarburi volatili come toluene o benzina.

B. Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (per es., litigiosità, aggressività, apatia, capacità critica compromessa) che si sviluppano durante, o subito dopo, l'esposizione a inalanti.

C. Due (o più) dei seguenti segni o sintomi che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso o l'esposizione agli inalanti:

1. Vertigini.
2. Nistagmo.
3. Mancata coordinazione.
4. Eloquio inceppato.
5. Andatura instabile.
6. Letargia.
7. Riflessi diminuiti.
8. Ritardo psicomotorio.
9. Tremori.
10. Debolezza muscolare generalizzata.
11. Visione offuscata o diplopia.
12. Stupor o coma.
13. Euforia.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **292.89**. Il codice ICD-10-CM dipende del fatto che vi sia, o non vi sia, un disturbo da uso di inalanti in comorbilità. Se vi è un disturbo da uso di inalanti lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F18.129** e se vi è un disturbo da uso di inalanti moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F18.229**. Se non vi è un disturbo da uso di inalanti in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F18.929**.

Nota: Per informazioni su "Sviluppo e decorso", "Fattori di rischio e prognosi", "Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza", "Marker diagnostici", si vedano le corrispondenti sezioni nel disturbo da uso di inalanti.

Caratteristiche diagnostiche

L'intossicazione da inalanti è un disturbo mentale, clinicamente significativo, correlato a inalanti, che si sviluppa durante, o subito dopo, l'inalazione intenzionale o non intenzionale di sostanze a base di idrocarburi volatili. Gli idrocarburi volatili sono gas tossici derivati da colle, combustibili, vernici e altri composti volatili. Quando è possibile farlo, la particolare sostanza coinvolta deve essere indicata (per es., intossicazione da toluene). Tra quelli che ne fanno uso, l'intossicazione va in remissione da pochi minuti fino a poche ore dopo la fine dell'esposizione. Così, l'intossicazione da inalanti di solito si verifica in brevi episodi che possono ripresentarsi.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'intossicazione da inalanti può essere indicata da un'evidenza di possesso, o da odore sulla biancheria, di sostanze inalanti (per es., colla, diluenti per vernici, benzina, butano per accendini); l'intossicazione apparente si verifica nella fascia di età con la più alta prevalenza di uso di inalanti (12-17 anni) e con risultati negativi nelle valutazioni standard per le sostanze che di solito falliscono nell'identificazione degli inalanti.

Prevalenza

La prevalenza degli attuali episodi di intossicazione da inalanti nella popolazione generale è sconosciuta, ma è probabile che la maggior parte degli utilizzatori di inalanti a un certo punto presenterà segni dell'uso che soddisfano i criteri per il disturbo di intossicazione da inalanti. Perciò, la prevalenza dell'uso di inalanti e del disturbo di

intossicazione da inalanti tendono a essere simili. Nel 2009 e nel 2010 l'uso di inalanti nell'anno precedente veniva riferito dallo 0,8% degli americani sopra i 12 anni; la prevalenza era più alta nella fascia d'età più giovane (3,6% per individui dai 12 ai 17 anni, e 1,7% per individui dai 18 ai 25 anni).

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le differenze di genere nella prevalenza dell'intossicazione da inalanti nella popolazione generale sono sconosciute. Tuttavia, se si presume che la maggior parte degli utilizzatori di inalanti farà in futuro esperienza di un'intossicazione da inalanti, le differenze di genere nella prevalenza tendono ad approssimarsi a quelle simili alle proporzioni di maschi e femmine che fanno esperienza di intossicazione da inalanti. Relativamente alle differenze di genere nella prevalenza degli utilizzatori di inalanti negli Stati Uniti, l'1% dei maschi sopra i 12 anni e lo 0,7% delle femmine sopra i 12 anni hanno usato inalanti nell'anno precedente, ma nelle fasce di età più giovani sono più le femmine dei maschi ad aver usato inalanti (per es., tra 12 e 17 anni, 3,6% dei maschi e 4,2% delle femmine).

Conseguenze funzionali dell'intossicazione da inalanti

L'uso di sostanze inalate in un contenitore chiuso, come una borsa di plastica posta in testa, possono portare a perdita di coscienza, anossia e morte. Separatamente, "morte improvvisa da sniffata", probabilmente per aritmia cardiaca o arresto cardiaco, può verificarsi con vari inalanti volatili. La pronunciata tossicità di certi inalanti volatili, come butano o propano, causa decessi. Sebbene l'intossicazione da inalanti sia di per sé di breve durata, può comunque produrre persistenti problemi medici e neurologici, specialmente se le intossicazioni sono frequenti.

Diagnosi differenziale

Esposizione a inalanti, senza soddisfare i criteri per il disturbo di intossicazione da inalanti. Le sostanze sono state inalate da un individuo, intenzionalmente o non intenzionalmente, ma in una dose insufficiente per soddisfare i criteri diagnostici per il disturbo da uso di inalanti.

Intossicazione e altri disturbi indotti da altre sostanze/farmaci, specialmente da sostanze sedative (per es., alcol, benzodiazepine, barbiturici). Questi disturbi possono avere segni e sintomi simili, ma l'intossicazione è attribuibile ad altri intossicanti che possono essere identificati da una valutazione tossicologica. La differenziazione della fonte dell'intossicazione può comportare l'individuazione di evidenze di esposizione agli inalanti, come descritta nel disturbo da uso di inalanti. Una diagnosi di intossicazione da inalanti può essere suggerita dal possesso, o da odore sulla biancheria, di sostanze inalanti (per es., colla, diluenti per vernici, benzina, butano per accendini); il possesso di tutta l'attrezzatura (stracci o sacchetti per la concentrazione dei fumi di colla); eruzioni periorali o perinasali da "sniffatori di colla"; resoconti da parte della famiglia, o degli amici, secondo cui l'individuo intossicato possiede o usa inalanti; evidente intossicazione, nonostante i risultati negativi della valutazione standard delle sostanze (che di solito falliscono nell'identificazione degli inalanti); evidente intossicazione che si verifica in quella fascia di età con la più alta prevalenza di uso di inalanti (12-17 anni); vicinanza ad altri soggetti di cui si conosce l'uso di inalanti; membri di certe piccole comunità con uso prevalente di inalanti (per es., alcune comunità di nativi o aborigeni, bambini e adolescenti di strada senza fissa dimora); o accesso inusuale a certe sostanze inalanti.

Altri disturbi correlati agli inalanti. Episodi di intossicazione da inalanti si verificano durante altri disturbi correlati agli inalanti, pur senza essere identici. Questi disturbi correlati agli inalanti sono riconosciuti dai loro rispettivi criteri diagnostici: disturbo da uso di inalanti, disturbo neurocognitivo indotto da inalanti, disturbo psicotico indotto da inalanti, disturbo depressivo indotto da inalanti, disturbo d'ansia indotto da inalanti e altri disturbi indotti da inalanti.

Altri disturbi tossici, metabolici, traumatici, neoplastici o infettivi che compromettono le funzioni cerebrali e cognitive. Numerose condizioni neurologiche e altre condizioni mediche possono produrre comportamenti clinicamente significativi o cambiamenti psicologici (per es., litigiosità, aggressività, apatia, capacità critica compromessa) che caratterizzano anche l'intossicazione da inalanti.

Altri disturbi indotti da inalanti

I seguenti disturbi indotti da inalanti sono descritti in altri capitoli del manuale con i disturbi con i quali condividono la fenomenologia (si vedano i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci in questi capitoli): disturbo psicotico indotto da inalanti ("Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici"); disturbo depressivo indotto da inalanti ("Disturbo depressivo"); disturbo d'ansia indotto da inalanti ("Disturbi d'ansia"); e disturbo neurocognitivo maggiore o lieve indotto da inalanti ("Disturbi neurocognitivi"). Per il delirium da intossicazione da inalanti, si vedano i criteri e la discussione del delirium nel capitolo "Disturbi neurocognitivi". Questi disturbi indotti da inalanti vengono diagnosticati al posto dell'intossicazione da inalanti solo quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato agli inalanti senza specificazione

292.9 (F18.99)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato agli inalanti, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato agli inalanti o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.

Disturbi correlati agli oppiacei

- Disturbo da uso di oppiacei
- Intossicazione da oppiacei
- Astinenza da oppiacei
- Altri disturbi indotti da oppiacei
- Disturbo correlato agli oppiacei senza specificazione

Disturbo da uso di oppiacei

Criteri diagnostici

A. Un pattern problematico di uso di oppiacei che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1. Gli oppiacei sono spesso assunti in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.
2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di oppiacei.
3. Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi oppiacei, usare oppiacei o recuperare dai suoi effetti.
4. Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di oppiacei.
5. Uso ricorrente di oppiacei, che causano un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa.
6. Uso continuato di oppiacei nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti di oppiacei.
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di oppiacei.
8. Uso ricorrente di oppiacei in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso.
9. Uso continuato di oppiacei nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dagli oppiacei.
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. Un bisogno di quantità marcatamente aumentate di oppiacei per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato.
    b. Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di oppiacei.

    Nota: Questo criterio non è considerato soddisfatto per quegli individui che assumono oppiacei solamente sotto appropriata supervisione medica.
11. Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. La caratteristica sindrome da astinenza da oppiacei (con riferimento ai Criteri A e B del set di criteri per l'astinenza da oppiacei, pp. 639-640).
    b. Gli oppiacei (o una sostanza strettamente correlata) vengono assunti per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

    Nota: Questo criterio non è considerato soddisfatto per quegli individui che assumono oppiacei solamente sotto appropriata supervisione medica.

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di oppiacei sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di oppiacei è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di oppiacei", che può essere soddisfatto).

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di oppiacei sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di oppiacei è stato mai soddisfatto in un periodo di 12 mesi o più (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di oppiacei", che può essere soddisfatto).

Specificare se:

In terapia agonista: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo sta assumendo un farmaco agonista prescritto, come il metadone o la burprenorfina e nessuno dei criteri per il disturbo da uso di oppiacei è stato soddisfatto per quella classe di farmaci (con l'eccezione della tolleranza o dell'astinenza dall'agonista). Questa categoria si applica anche a quegli individui che sono in mantenimento con un agonista parziale, un agonista/antagonista o un antagonista completo, come il naltrexone per via orale o un depot di naltrexone.

In ambiente controllato: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo si trova in un ambiente dove l'accesso agli oppiacei è limitato.

Codifica basata sulla gravità attuale: Nota per i codici ICD-10-CM: se vi è anche un'intossicazione da oppiacei, un'astinenza da oppiacei o un altro disturbo mentale indotto da oppiacei, non usare i codici sotto indicati per disturbo da uso di oppiacei. Per contro, il disturbo da uso di oppiacei in comorbilità viene indicato nel 4° carattere del codice del disturbo indotto da oppiacei (si veda la nota di codifica per intossicazione da oppiacei, astinenza da oppiacei o per uno specifico disturbo mentale indotto da oppiacei). Per esempio, se vi sono un disturbo depressivo indotto da oppiacei e un disturbo da uso di oppiacei in comorbilità, viene fornito solo il codice per disturbo depressivo indotto da oppiacei, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di oppiacei in comorbilità è lieve, moderato o grave: F11.14 per disturbo da uso di oppiacei lieve con disturbo depressivo indotto da oppiacei o F11.24 per disturbo da uso di oppiacei moderato o grave con disturbo depressivo indotto da oppiacei.

Specificare la gravità attuale:

305.50 (F11.10) Lieve: Presenza di 2-3 sintomi.

304.00 (F11.20) Moderata: Presenza di 4-5 sintomi.

304.00 (F11.20) Grave: Presenza di 6 o più sintomi.

Specificatori

Lo specificatore "in terapia agonista" si applica quale ulteriore specificatore di remissione se l'individuo è in remissione e sta ricevendo terapia agonista. "In ambiente controllato" si applica come ulteriore specificatore di remissione se l'individuo è in remissione e si trova in ambiente controllato (cioè in remissione precoce in ambiente controllato o in remissione protratta in ambiente controllato). Esempi di questi ambienti sono carceri con stretta sorveglianza e dove è escluso l'uso di qualsiasi tipo di sostanza, comunità terapeutiche e unità ospedaliere chiuse.

Il cambiamento della gravità nel corso del tempo in un individuo si riflette anche nelle riduzioni della frequenza (per es., giorni di uso al mese) e/o della dose (per es., numero di iniezioni o di pillole) di un oppiaceo, valutate tramite il resoconto autoriferito dall'individuo, il resoconto di altri esperti, le osservazioni del clinico e i test biologici.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo da uso di oppiacei comprende segni e sintomi che riflettono un'autosomministrazione compulsiva e prolungata di sostanze oppiacee che non vengono usate per alcuno scopo medico legittimo oppure, se è presente un'altra condizione medica che richiede un trattamento con oppiacei, vengono usate in dosi molto in eccesso rispetto alla quantità necessaria a quella condizione medica. (Per esempio, un individuo cui sono stati prescritti oppiacei analgesici per il sollievo dal dolore in una dose adeguata, che userà in maniera significativamente più elevata rispetto a quanto prescritto e non solo a causa del dolore

persistente.) Gli individui con disturbo da uso di oppiacei tendono a sviluppare pattern così regolari di uso compulsivo della sostanza che le attività quotidiane vengono pianificate intorno all'ottenimento e alla somministrazione di oppiacei. Gli oppiacei vengono acquistati di solito nel mercato illegale, ma possono anche essere procurati da medici che falsificano o esagerano problemi medici generali o ricevendo simultaneamente prescrizioni da diversi medici. Il personale sanitario professionista con disturbo da uso di oppiacei può procurarsi spesso oppiacei con autoprescrizioni o dirottando oppiacei da quelli prescritti per i pazienti o dalle scorte per la farmacia. La maggior parte degli individui con disturbo da uso di oppiacei presenta livelli significativi di tolleranza e farà esperienza di astinenza dopo una brusca sospensione di sostanze oppiacee. Gli individui con disturbo da uso di oppiacei spesso sviluppano risposte condizionate agli stimoli correlati alla sostanza (per es., craving alla vista di qualsiasi sostanza in polvere simile all'eroina), un fenomeno che si verifica con la maggior parte delle sostanze che causano intensi cambiamenti psicologici. Queste risposte probabilmente contribuiscono alle ricadute, sono difficili da estinguere e, tipicamente, persistono a lungo dopo che la disintossicazione è completata.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il disturbo da uso di oppiacei può essere associato a una storia di crimini correlati alla sostanza (per es., possesso o distribuzione di droghe, contraffazione, furti in appartamento, rapina, altri furti, ricettazione). Nell'ambito del personale sanitario professionista e tra gli individui che hanno accesso immediato a sostanze controllate, c'è spesso un pattern differente di attività illegali che comportano problemi legati all'appartenenza agli albi professionali, agli staff di professionisti ospedalieri o ad altre agenzie amministrative. Difficoltà coniugali (compreso il divorzio), disoccupazione o situazioni lavorative irregolari sono spesso associate al disturbo da uso di oppiacei a tutti i livelli socioeconomici.

Prevalenza

La prevalenza a 12 mesi del disturbo da uso di oppiacei è approssimativamente, nella popolazione generale, lo 0,37% fra gli adulti dai 18 anni di età in su. Questa potrebbe essere una sottostima a causa del grande numero di individui incarcerati con disturbi da uso di oppiacei. I tassi sono più alti nei maschi rispetto alle femmine (0,49% versus 0,26%), con un rapporto maschio-femmina che tipicamente si attesta su 1,5:1 per gli oppiacei diversi dall'eroina (cioè disponibili con prescrizione) e 3:1 per l'eroina. Le adolescenti possono avere una più alta probabilità di sviluppare disturbi da uso di oppiacei. La prevalenza diminuisce con l'età, con la prevalenza più alta (0,82%) fra gli adulti di 29 anni o più giovani, in diminuzione fino allo 0,09% fra gli adulti di 65 anni e più anziani. Fra gli adulti la prevalenza di disturbo da uso di oppiacei è più bassa tra gli afroamericani con lo 0,18% e sovrarappresentata fra i nativi americani con l'1,25%. È vicina alla media fra i bianchi (0,38%), gli asiatici o gli isolani del Pacifico (0,35%) e gli ispanici (0,39%).

Negli Stati Uniti, fra gli individui di 12-17 anni, la prevalenza complessiva a 12 mesi del disturbo da uso di oppiacei, nella popolazione generale, è approssimativamente l'1,0%, ma la prevalenza del disturbo da uso di eroina è meno dello 0,1%. Per contro, il disturbo da uso di analgesici è prevalente in circa l'1,0% relativamente alla fascia 12-17 anni, in riferimento all'importanza degli analgesici oppiacei come gruppo di sostanze con significative conseguenze per la salute.

La prevalenza a 12 mesi del problema dell'uso di oppiacei in Europa, negli individui dai 15 ai 64 anni, nella popolazione generale, è fra lo 0,1 e lo 0,8%. La prevalenza media del problema dell'uso di oppiacei nell'Unione europea e in Norvegia è fra lo 0,36 e lo 0,44%.

Sviluppo e decorso

Il disturbo da uso di oppiacei può iniziare a qualunque età, ma i problemi associati all'uso di oppiacei vengono più comunemente osservati per la prima volta nella tarda adolescenza o all'inizio dei 20 anni. Una volta che il disturbo da uso di oppiacei si è sviluppato, di solito continua per un periodo di molti anni, anche se con frequenti brevi periodi di astinenza. Nella popolazione trattata, la ricaduta a seguito di un'astinenza è comune. Anche se le ricadute si verificano, e mentre alcuni tassi di mortalità a lungo termine possono raggiungere il 2% annuo, circa il 20-30% degli individui con un disturbo da uso di oppiacei acquisisce un'astinenza a lungo termine. Un'eccezione riguarda quella parte del personale in servizio militare che è diventata dipendente da oppiacei durante la guerra del Vietnam; oltre il 90% di questa popolazione, che è stata dipendente dagli oppiacei durante il dispiegamento in Vietnam, ha acquisito l'astinenza al ritorno, ma ha fatto esperienza di tassi aumentati di disturbo da uso di alcol o di amfetamine così come di un aumento dei tassi di suicidio.

L'avanzamento dell'età è associato a diminuzione della prevalenza, come risultato di mortalità precoce e della remissione dei sintomi dopo i 40 anni di età (cioè "per maturità"). Tuttavia, molti individui continuano ad avere manifestazioni che soddisfano i criteri del disturbo da uso di oppiacei per decadi.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Il rischio di disturbo da uso di oppiacei può essere correlato all'individuo, alla famiglia, ai pari e a fattori socioambientali, ma all'interno di questi ambiti i fattori genetici giocano un ruolo particolarmente importante, sia diretto sia indiretto. Per esempio, impulsività e ricerca della novità sono temperamenti individuali che si connettono alla propensione a sviluppare un disturbo da uso di sostanze, ma possono essi stessi essere determinati geneticamente. I fattori fra pari possono essere messi in relazione alla predisposizione genetica nei termini in cui un individuo seleziona il proprio ambiente.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Nonostante le piccole variazioni riguardanti singole voci di criterio individuale, i criteri diagnostici del disturbo da uso di oppiacei vengono soddisfatti ugualmente bene nella maggior parte dei gruppi etnico-razziali. Gli individui appartenenti a minoranze etniche che vivono in aree economicamente disagiate sono stati sovrarappresentati fra gli individui con disturbo da uso di oppiacei. Tuttavia, nel tempo, il disturbo da uso di oppiacei è stato osservato più spesso fra gli individui bianchi della classe media, specialmente femmine, a suggerire come le differenze nell'uso riflettano la disponibilità di sostanze oppiacee e che altri fattori sociali possano avere un impatto sulla prevalenza. Il personale medico con accesso immediato agli oppiacei può essere esposto all'aumento del rischio per il disturbo da uso di oppiacei.

Marker diagnostici

I risultati dei test tossicologici delle urine sono spesso positivi per sostanze oppiacee in individui con disturbo da uso di oppiacei. I risultati degli esami delle urine rimangono positivi per la maggior parte degli oppiacei (per es., eroina, morfina, codeina, ossicodone, propossifene) per 12-36 ore dopo la somministrazione. Il fentanil non è rintracciabile con gli esami delle urine standard, ma può essere identificato attraverso proce-

dure più specialistiche per diversi giorni. Metadone, buprenorfina (o la combinazione buprenorfina/naloxone) e LAAM (L-alfa-acetilmetadolo) devono essere testati in modo specifico e non determineranno alcuna positività ai test di routine per gli oppiacei. Possono essere rintracciati per diversi giorni fino a più di 1 settimana. L'evidenza di laboratorio della presenza di altre sostanze (per es., cocaina, marijuana, alcol, amfetamine, benzodiazepine) è comune. I risultati dei test di screening per il virus dell'epatite A, B e C sono positivi nell'80-90% degli utilizzatori di oppiacei con iniezione, sia per l'antigene dell'epatite (che significa infezione attiva) sia per l'anticorpo dell'epatite (che significa infezione pregressa). Anche l'HIV risulta prevalente negli utilizzatori di oppiacei con iniezione. Sono comuni anche risultati dei test di funzionalità epatica lievemente elevati, sia come risultato di un'epatite in fase di risoluzione sia come lesione tossica al fegato causata da contaminanti che sono stati mescolati agli oppiacei iniettati. Leggeri cambiamenti nei pattern di secrezione del cortisolo e nella regolazione della temperatura corporea sono stati osservati fino a 6 mesi dopo la disintossicazione da oppiacei.

Rischio di suicidio

Simile al rischio generalmente osservato per tutti i disturbi da uso di sostanze, il disturbo da uso di oppiacei è associato a un accresciuto rischio di tentativi di suicidio e suicidi portati a termine. Di particolare nota sono le overdose da oppiacei sia accidentali sia deliberate. Alcuni fattori di rischio per il suicidio si sovrappongono ai fattori di rischio per disturbo da uso di oppiacei. In aggiunta, ripetute intossicazioni o astinenze da oppiacei possono essere associate a gravi depressioni che, sebbene temporanee, possono rivelarsi abbastanza intense da portare a tentativi di suicidio e a suicidi portati a termine. I dati disponibili suggeriscono che le overdose da oppiacei, accidentali e non fatali (che sono comuni), e i tentativi di suicidio sono problemi distinti e clinicamente significativi che non devono essere confusi tra loro.

Conseguenze funzionali del disturbo da uso di oppiacei

L'uso di oppiacei è associato a una mancanza di secrezione delle membrane delle mucose, che causa secchezza orale e nasale. Il rallentamento dell'attività gastrointestinale e la diminuzione della motilità intestinale possono provocare grave stipsi. L'acuità visiva può essere compromessa come risultato di una miosi per una somministrazione in acuto. Negli individui che si iniettano oppiacei sono comuni le vene sclerotizzate ("tracce") e i segni delle punture nella parte inferiore degli arti superiori. Talvolta le vene diventano così gravemente sclerotizzate da sviluppare edemi periferici e gli individui passano a iniettarsi la sostanza nelle vene delle gambe, del collo e dell'inguine. Quando poi queste vene diventano inutilizzabili gli individui spesso si iniettano direttamente la sostanza nel tessuto sottocutaneo ("ponfo sottopelle"), provocando cellulite, ascessi e cicatrici dall'apparenza circolare come da lesioni della pelle guarite. Le infezioni da tetano e da *Clostridium botulinum* sono relativamente rare, ma con conseguenze estremamente serie, se dovute a iniezioni di oppiacei, specialmente con aghi contaminati. Le infezioni possono anche verificarsi in altri organi e comprendono endocarditi batteriche, epatiti e infezioni da HIV. L'infezione da epatite C, per esempio, si verifica fino al 90% delle persone che si iniettano oppiacei. Inoltre, la prevalenza dell'infezione da HIV può essere alta fra gli individui che si iniettano sostanze, una larga parte dei quali sono individui con disturbo da uso di oppiacei. I tassi di infezione da HIV sono stati riferiti, in alcune aree degli Stati Uniti o della Federazione Russa, essere intorno al 60% fra gli utilizzatori di eroina con disturbo da uso di oppiacei. Tuttavia, l'incidenza può

essere del 10% o anche inferiore in altre aree, specialmente in quelle dove è facilitato l'accesso a materiali per iniezioni e attrezzatura pulita.

La tubercolosi è un problema particolarmente serio fra gli individui che usano sostanze per via endovenosa, specialmente quelli che sono dipendenti da eroina; l'infezione generalmente è asintomatica e se ne ha evidenza solo dalla presenza di un test cutaneo positivo per la tubercolina. Tuttavia, sono stati riscontrati molti casi di tubercolosi attiva, specialmente fra quelli infettati da HIV. Questi individui spesso hanno infezioni di recente acquisizione, ma possono anche fare esperienza di riattivazione di un'infezione precedente a causa della risposta immunitaria compromessa.

Gli individui che annusano eroina o altri oppiacei per via intranasale ("sniffata") spesso sviluppano irritazione della mucosa nasale, talvolta accompagnata dalla perforazione del setto nasale. Comuni sono anche le difficoltà della funzione sessuale. I maschi spesso fanno esperienza di disfunzione erettile durante l'intossicazione o l'uso cronico. Le femmine hanno comunemente disturbi della funzione riproduttiva e mestruazioni irregolari.

In relazione a infezioni quali cellulite, epatite, HIV, tubercolosi ed endocarditi, il disturbo da uso di oppiacei è associato a un tasso di mortalità dell'1,5-2% annuo. Le morti sono più spesso il risultato di overdose, incidenti, ferite, AIDS o altre complicazioni mediche generali. Incidenti e ferite dovuti a violenza, associata all'acquisto o vendita di droghe, sono comuni. In alcune aree, la violenza correlata agli oppiacei spiega più morti che non le overdose o le infezioni da HIV. La dipendenza fisiologica dagli oppiacei può verificarsi in circa la metà dei neonati da madri con disturbo da uso di oppiacei; questo può produrre una grave sindrome da astinenza che richiede un trattamento medico. Sebbene sia stato osservato un basso peso alla nascita nei neonati di madri con disturbo da uso di oppiacei, questo normalmente non è marcato e generalmente non è associato a serie conseguenze negative.

Diagnosi differenziale

Disturbi mentali indotti da oppiacei. I disturbi mentali indotti da oppiacei si verificano frequentemente in individui con disturbo da uso di oppiacei. I disturbi indotti da oppiacei possono essere caratterizzati da sintomi (per es., umore depresso) che ricordano disturbi mentali primari (per es., disturbo depressivo persistente [distimia] versus disturbo depressivo indotto da oppiacei, con caratteristiche depressive, con esordio durante l'intossicazione). Gli oppiacei tendono a generare meno sintomi di disturbo mentale rispetto alla maggior parte delle altre sostanze di abuso. L'intossicazione e l'astinenza da oppiacei sono distinte dagli altri disturbi indotti da oppiacei (per es., disturbo depressivo indotto da oppiacei, con esordio durante l'intossicazione) poiché i sintomi, in questi ultimi disturbi, predominano la manifestazione clinica e sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Intossicazione da altre sostanze. L'intossicazione da alcol e l'intossicazione da sedativi, ipnotici e ansiolitici possono causare un quadro clinico che ricorda quello dell'intossicazione da oppiacei. Una diagnosi di intossicazione da alcol, sedativi, ipnotici o ansiolitici può generalmente essere posta sulla base dell'assenza di miosi o della mancata risposta al test di stimolazione con naloxone. In alcuni casi l'intossicazione può essere dovuta a entrambi, oppiacei e alcol o altri sedativi. In questi casi, il test di stimolazione con naloxone non annullerà tutti gli effetti sedativi.

Altri disturbi da astinenza. L'ansia e l'irrequietezza associate ad astinenza da oppiacei ricordano i sintomi osservati nell'astinenza ipnotico-sedativa. Tuttavia, l'astinenza da

oppiacei è accompagnata anche da rinorrea, lacrimazione, midriasi, che non sono osservate nell'astinenza da sedativi. La midriasi si osserva anche nell'intossicazione da allucinogeni e nell'intossicazione da stimolanti. Tuttavia, altri segni e sintomi di astinenza da oppiacei, quali nausea, vomito, diarrea, crampi addominali, rinorrea o lacrimazione, non sono presenti.

Comorbilità

Le più comuni condizioni mediche associate al disturbo da uso di oppiacei sono virali (per es., HIV, virus epatite C) e batteriche, in particolare fra gli utilizzatori di oppiacei per iniezione. Queste infezioni sono meno comuni nel disturbo da uso di oppiacei con prescrizione di oppiacei. Il disturbo da uso di oppiacei è spesso associato a disturbi da uso di altre sostanze, specialmente quelle che comportano uso di tabacco, alcol, cannabis, stimolanti e benzodiazepine, che sono spesso assunte per ridurre i sintomi di astinenza da oppiacei o il craving per gli oppiacei, o per aumentare gli effetti della somministrazione di oppiacei. Gli individui con disturbo da uso di oppiacei sono a rischio per lo sviluppo di depressione – da lieve a moderata – che soddisfa i criteri di durata e sintomatici per il disturbo depressivo persistente (distimia) o, in alcuni casi, per il disturbo depressivo maggiore. Questi sintomi possono rappresentare un disturbo depressivo indotto da oppiacei o un'esacerbazione di un preesistente disturbo depressivo primario. Periodi di depressione sono comuni specialmente durante l'intossicazione cronica o in associazione a fattori stressanti fisici o psicosociali che sono correlati al disturbo da uso di oppiacei. L'insonnia è comune, specialmente durante l'astinenza. Il disturbo antisociale di personalità è molto più comune negli individui con disturbo da uso di oppiacei rispetto alla popolazione generale. Anche il disturbo da stress post-traumatico viene osservato con frequenza aumentata. È stato riconosciuto come una storia di disturbo della condotta nell'infanzia o nell'adolescenza rappresenti un fattore di rischio significativo per i disturbi correlati a sostanze, specialmente per il disturbo da uso di oppiacei.

Intossicazione da oppiacei

Criteri diagnostici

A. Recente uso di un oppiaceo.

B. Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (per es., euforia iniziale seguita da apatia, disforia, agitazione psicomotoria o rallentamento, capacità critica compromessa) che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di oppiacei.

C. Miosi (o midriasi dovuta ad anossia da overdose grave) e uno (o più) dei seguenti segni o sintomi, che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di oppiacei:

1. Fiacchezza o coma.
2. Eloquio inceppato.
3. Compromissione dell'attenzione o della memoria.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Specificare se:

Con alterazioni percettive: Questo specificatore può essere annotato nelle rare occasioni in cui le allucinazioni con esame di realtà integro o illusioni uditive, visive o tattili, si verificano in assenza di un delirium.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **292.89**. Il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, un disturbo da uso di oppiacei in comorbilità e se vi siano o non vi siano alterazioni percettive.

Per intossicazione da oppiacei senza alterazioni percettive: Se vi è un disturbo da uso di oppiacei lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F11.129** e se vi è un disturbo da uso di oppiacei moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F11.229**. Se non vi è un disturbo da uso di oppiacei in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F11.929**.

Per intossicazione da oppiacei con alterazioni percettive: Se vi è un disturbo da uso di oppiacei lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F11.122** e se vi è un disturbo da uso di oppiacei moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F11.222**. Se non vi è un disturbo da uso di oppiacei in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F11.922**.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'intossicazione da oppiacei è la presenza di un comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (per es., euforia iniziale seguita da apatia, disforia, agitazione psicomotoria o rallentamento, capacità critica compromessa), che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso dell'oppiaceo (Criteri A e B). L'intossicazione è accompagnata da miosi (a meno che non vi sia stata un'overdose grave con conseguente anossia e midriasi) e da uno o più dei seguenti segni: fiacchezza (descritta anche come "dondolamento del capo"), eloquio inceppato e compromissione dell'attenzione o della memoria (Criterio C); la fiacchezza può progredire fino al coma. Gli individui con intossicazione da oppiacei possono mostrare scarsa attenzione verso l'ambiente circostante fino al punto di ignorare eventi potenzialmente dannosi. I segni o sintomi non possono essere attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (Criterio D).

Diagnosi differenziale

Intossicazione da altre sostanze. L'intossicazione da alcol e l'intossicazione da sedativi-ipnotici possono causare un quadro clinico che ricorda l'intossicazione da oppiacei. Una diagnosi di intossicazione da alcol o da sedativi-ipnotici generalmente può essere posta sulla base dell'assenza di miosi o della mancanza di una risposta al test di stimolazione con naloxone. In alcuni casi, l'intossicazione può essere dovuta a entrambi, oppiacei e alcol o altri sedativi. In questi casi, il test di stimolazione con naloxone non annullerà tutti gli effetti sedativi.

Altri disturbi correlati agli oppiacei. L'intossicazione da oppiacei si distingue dagli altri disturbi indotti da oppiacei (per es., disturbo depressivo indotto da oppiacei, con esordio durante l'intossicazione) poiché i sintomi di questi ultimi disturbi predominano nella manifestazione clinica e soddisfano pienamente i criteri per il relativo disturbo.

Astinenza da oppiacei 292.0 (F11.23)

Criteri diagnostici

A. Presenza di ciascuna delle seguenti condizioni:

1. Cessazione (o riduzione) dell'uso di oppiacei che è stato pesante e prolungato (cioè diverse settimane o più).
2. Somministrazione di un oppiaceo antagonista dopo un periodo di uso di oppiacei.

B. Tre o più dei seguenti fattori che si sviluppano entro pochi minuti fino a diversi giorni dopo il Criterio A:

1. Umore disforico.
2. Nausea o vomito.
3. Dolori muscolari.
4. Lacrimazione o rinorrea.
5. Midriasi, piloerezione o sudorazione.
6. Diarrea.
7. Sbadigli.
8. Febbre.
9. Insonnia.

C. I segni o sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione o astinenza da altra sostanza.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è 292.0. Il codice ICD-10-CM per astinenza da oppiacei è F11.23. Da notare che il codice ICD-10-CM indica la presenza in comorbilità di un disturbo da uso di oppiacei moderato o grave, a riflettere il fatto che l'astinenza da oppiacei può verificarsi solo in presenza di un disturbo da uso di oppiacei moderato o grave. Non è concesso codificare un disturbo da uso di oppiacei lieve in comorbilità con astinenza da oppiacei.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'astinenza da oppiacei è la presenza di una tipica sindrome da astinenza che si sviluppa dopo la cessazione (o la riduzione) dell'uso di oppiacei che è stato pesante e prolungato (Criterio A1). Vi può anche essere precipitazione di una sindrome da astinenza anche con la somministrazione di un antagonista oppiaceo (per es., naloxone o naltrexone) dopo un periodo di uso di oppiacei (Criterio A2). Questo può anche verificarsi dopo la somministrazione di un oppiaceo agonista parziale, quale buprenorfina, a una persona che attualmente usa un oppiaceo totalmente agonista.

L'astinenza da oppiacei è caratterizzata da un pattern di segni e sintomi che sono l'opposto degli effetti acuti degli agonisti. I primi fra questi sono soggettivi e consistono in lamentele di ansia, irrequietezza e una "sensazione di indolenzimento" spesso localizzata sulla schiena e sulle gambe, insieme a irritabilità e aumentata sensazione di dolore. Tre o più dei seguenti fattori devono essere presenti per diagnosticare un'astinenza da oppiacei: umore disforico; nausea o vomito; dolori muscolari; lacrimazione o rinorrea; midriasi, piloerezione o aumento della sudorazione; diarrea; sbadigli; febbre; e insonnia (Criterio B). La piloerezione e la febbre sono associate ad astinenze più gravi e spesso non vengono osservate nella pratica clinica di routine poiché gli individui con disturbo da uso di oppiacei generalmente riescono a procurarsi le sostanze prima che l'astinenza raggiunga una fase così avanzata. Questi sintomi di astinenza da oppiacei devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C). I sintomi non possono essere attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (Criterio D). Soddisfare solamente i criteri per astinenza da oppiacei non è sufficiente per porre una diagnosi di disturbo da uso di oppiacei, ma sintomi concomitanti di craving e un comportamento di ricerca della sostanza suggeriscono un disturbo da uso di oppiacei in comorbilità. I codici ICD-10-CM permettono una diagnosi di astinenza da oppiacei solo in presenza di un disturbo da uso di oppiacei in comorbilità da moderato a grave.

La velocità e la gravità dell'astinenza associata a oppiacei dipende dall'emivita degli oppiacei usati. La maggior parte degli individui che sono fisiologicamente dipendenti da sostanze a breve durata d'azione, come l'eroina, iniziano ad avere sintomi di astinenza entro 6-12 ore dopo l'ultima dose. I sintomi possono richiedere da 2 a 4 giorni per emergere in caso di sostanze a lunga durata d'azione quali metadone, LAAM (L-alfa-acetilmetadolo) o buprenorfina. I sintomi di astinenza acuta per un oppiaceo a breve durata d'azione, come l'eroina, di solito hanno il picco entro 1-3 giorni e gradualmente si placano in 5-7 giorni. I sintomi di un'astinenza meno acuta possono perdurare settimane o mesi. Questi sintomi più cronici comprendono ansia, disforia, anedonia e insonnia.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

I maschi con astinenza da oppiacei possono fare esperienza di piloerezione, sudorazione ed eiaculazioni spontanee da svegli. L'astinenza da oppiacei è distinta dal disturbo da uso di oppiacei e non si verifica necessariamente in presenza di un comportamento di ricerca della droga associato a disturbo da uso di oppiacei. L'astinenza da oppiacei può verificarsi in qualsiasi individuo dopo la cessazione dell'uso ripetuto di un oppiaceo, sia nell'ambito di una gestione medica del dolore, sia durante una terapia di agonisti oppiacei per disturbo da uso di oppiacei, sia nel contesto di un uso ricreativo privato o a seguito di tentativi di autotrattamento dei sintomi di disturbi mentali con oppiacei.

Prevalenza

Fra gli individui provenienti da vari ambiti clinici, l'astinenza da oppiacei si verifica nel 60% degli individui che hanno fatto uso di eroina almeno una volta nei precedenti 12 mesi.

Sviluppo e decorso

L'astinenza da oppiacei è tipica nel decorso di un disturbo da uso di oppiacei. Può essere parte di un pattern in aumento nel quale un oppiaceo viene usato per ridurre i sintomi di astinenza che, per contro, condurranno successivamente a una maggiore astinenza. Per le persone con un disturbo da uso di oppiacei dimostrato, astinenza e tentativi di dare sollievo all'astinenza sono tipici.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi da astinenza. L'ansia e l'irrequietezza associate ad astinenza da oppiacei ricordano i sintomi osservati nell'astinenza da sedativi-ipnotici. Tuttavia, l'astinenza da oppiacei è accompagnata anche da rinorrea, lacrimazione e midriasi, che non si osservano nell'astinenza da sedativi-ipnotici.

Intossicazione da altre sostanze. La midriasi viene osservata anche nell'intossicazione da allucinogeni e da stimolanti. Tuttavia, gli altri segni e sintomi di astinenza da oppiacei, quali nausea, vomito, diarrea, crampi addominali, rinorrea e lacrimazione, non sono presenti.

Altri disturbi indotti da oppiacei. L'astinenza da oppiacei si distingue dagli altri disturbi indotti da oppiacei (per es., disturbo depressivo indotto da oppiacei, con esordio

durante l'astinenza) perché i sintomi, in questi ultimi disturbi, sono in eccesso rispetto a quelli di solito associati ad astinenza da oppiacei e soddisfano pienamente i criteri per il relativo disturbo.

Altri disturbi indotti da oppiacei

I seguenti disturbi indotti da oppiacei sono descritti in altri capitoli del manuale con i disturbi con i quali condividono la fenomenologia (si vedano i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci in questi capitoli): disturbo depressivo indotto da oppiacei ("Disturbi depressivi"); disturbo d'ansia indotto da oppiacei ("Disturbi d'ansia"); disturbo del sonno indotto da oppiacei ("Disturbi del sonno-veglia"); e disfunzione sessuale indotta da oppiacei ("Disfunzioni sessuali"). Per il delirium da intossicazione da oppiacei e il delirium da astinenza da oppiacei, si vedano i criteri e la discussione del delirium nel capitolo "Disturbi neurocognitivi". Questi disturbi indotti da oppiacei vengono diagnosticati al posto dell'intossicazione da oppiacei o dell'astinenza da oppiacei, solo quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato agli oppiacei senza specificazione 292.9 (F11.99)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato agli oppiacei, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato agli oppiacei o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.

Disturbi correlati a sedativi, ipnotici o ansiolitici

- **Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici**
- **Intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici**
- **Astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici**
- **Altri disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici**
- **Disturbo correlato a sedativi, ipnotici o ansiolitici senza specificazione**

Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici

Criteri diagnostici

A. Un pattern problematico di uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1. Sedativi, ipnotici o ansiolitici sono spesso assunti in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.
2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici.
3. Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi sedativi, ipnotici o ansiolitici, usare sedativi, ipnotici o ansiolitici o recuperare dai loro effetti.
4. Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici.
5. Uso ricorrente di sedativi, ipnotici e ansiolitici, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa (per es., ripetute assenze dal lavoro, o scarso rendimento lavorativo correlato all'uso di sedativi, ipnotici e ansiolitici; assenze, sospensioni o espulsioni da scuola correlate all'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici; trascuratezza verso i figli o la famiglia).
6. Uso continuato di sedativi, ipnotici o ansiolitici nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti di sedativi, ipnotici o ansiolitici (per es., discussioni con il partner sulle conseguenze dell'intossicazione; scontri fisici).
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici.
8. Uso ricorrente di sedativi, ipnotici o ansiolitici in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso (per es., guidare un'auto o operare con macchinari quando compromessi dall'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici).
9. Uso continuato di sedativi, ipnotici o ansiolitici nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato da sedativi, ipnotici o ansiolitici.
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. Un bisogno di quantità marcatamente aumentate di sedativi, ipnotici o ansiolitici per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato.
    b. Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di sedativi, ipnotici o ansiolitici.

    Nota: Questo criterio non è considerato soddisfatto per gli individui che assumono sedativi, ipnotici o ansiolitici sotto la supervisione medica.
11. Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. La caratteristica sindrome da astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici (con riferimento ai Criteri A e B del set dei criteri per l'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici, p. 651).
    b. Sedativi, ipnotici o ansiolitici (o una sostanza strettamente correlata, così come l'alcol) vengono assunti per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

    Nota: Questo criterio non è considerato soddisfatto per gli individui che assumono sedativi, ipnotici o ansiolitici sotto la supervisione medica.

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici", che può essere soddisfatto).

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici", che può essere soddisfatto).

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo si trova in un ambiente dove l'accesso a sedativi, ipnotici o ansiolitici è limitato.

Codifica basata sulla gravità attuale: Nota per i codici ICD-10-CM: se vi è anche un'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici, un'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici o un altro disturbo mentale indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, non usare i codici sotto indicati per disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici. Per contro, il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici in comorbilità viene indicato nel 4° carattere del codice del disturbo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici (si veda la nota di codifica per intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici, astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici o per uno specifico disturbo mentale indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici). Per esempio, se vi sono un disturbo depressivo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici e un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici in comorbilità, viene fornito solo il codice per il disturbo depressivo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici in comorbilità è lieve, moderato o grave: F13.14 per disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici lieve con disturbo depressivo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici o F13.24 per disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici moderato o grave con disturbo depressivo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Specificare la gravità attuale:

305.40 (F13.10) Lieve: Presenza di 2-3 sintomi.

304.10 (F13.20) Moderata: Presenza di 4-5 sintomi.

304.10 (F13.20) Grave: Presenza di 6 o più sintomi.

Specificatori

"In ambiente controllato" si applica come ulteriore specificatore di remissione se l'individuo è in remissione e si trova in ambiente controllato (cioè in remissione precoce in ambiente controllato o in remissione protratta in ambiente controllato). Esempi di questi ambienti sono prigioni con stretta sorveglianza e libere da qualsiasi tipo di sostanze, comunità terapeutiche e unità ospedaliere chiuse.

Caratteristiche diagnostiche

Le sostanze sedative, ipnotiche o ansiolitiche comprendono benzodiazepine, sostanze benzodiazepinosimili (per es., zolpidem, zaleplon), carbammati (per es., glutetimide, meprobamato), barbiturici (per es., secobarbital) e ipnotici barbituricosimili (per es., glutetimide, metaqualone). Questa classe di sostanze comprende tutti i farmaci prescritti per il sonno e quasi tutti i farmaci prescritti antiansia. Gli agenti antiansia non-benzodiazepinici (per es., buspirone, gepirone) non sono compresi in questa classe perché non sembrano essere associati a un abuso significativo.

Come per l'alcol, questi agenti sono depressogeni cerebrali e possono produrre disturbi da uso di sostanze e disturbi simili indotti da sostanze/farmaci. Le sostanze sedative, ipnotiche o ansiolitiche sono disponibili su prescrizione e anche illegalmente. Alcuni individui che si procurano queste sostanze su prescrizione svilupperanno un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, mentre altri che abusano di queste sostanze o le usano per intossicarsi non svilupperanno un disturbo da uso. In particolare, sedativi, ipnotici o ansiolitici a rapido esordio e/o ad azione di breve o media durata, possono essere assunti con finalità di intossicazione, sebbene anche le sostanze a lunga azione in questa classe possano essere assunte con lo scopo di provocare un'intossicazione.

Il craving (Criterio A4), sia durante l'uso sia durante un periodo di astinenza, è una caratteristica tipica del disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici. Si può verificare un abuso di sostanze di questa classe di per sé o in concomitanza con l'uso di altre sostanze. Per esempio, gli individui possono usare dosi intossicanti di sedativi o benzodiazepine per il "calo" da cocaina o amfetamine, o usare alte dosi di benzodiazepine in combinazione con il metadone per "caricare" i suoi effetti.

Ripetute assenze o scarso rendimento lavorativo, assenze da scuola, sospensioni o espulsioni e trascuratezza verso i bambini e la famiglia (Criterio A5) possono essere correlati al disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, come pure l'uso continuato di sostanze nonostante le discussioni con il partner circa le conseguenze dell'intossicazione o nonostante gli scontri fisici (Criterio A6). Contatti limitati con la famiglia o gli amici, evitamento del lavoro o della scuola, interruzione della pratica di hobby, sport o giochi (Criterio A7) e uso ricorrente di sedativi, ipnotici o ansiolitici quando si è alla guida di un'auto, oppure operare con macchinari mentre si è compromessi dall'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici (Criterio A8), si osservano nel disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Verso sedativi, ipnotici o ansiolitici si possono sviluppare livelli molto significativi di tolleranza e astinenza. Ci può essere evidenza di tolleranza e astinenza in assenza di una diagnosi di disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici in un individuo che abbia bruscamente interrotto l'uso di benzodiazepine che venivano assunte per lunghi periodi di tempo in dosi terapeutiche e su prescrizione. In questi casi, una diagnosi aggiuntiva di disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici è posta solo se gli altri criteri sono soddisfatti. In altre parole, i farmaci sedativi, ipnotici o ansiolitici possono essere prescritti per appropriate finalità mediche e in base al regime di dosaggio possono generare tolleranza e astinenza.

Se queste sostanze sono prescritte o raccomandate per appropriate finalità mediche, e se vengono utilizzate come da prescrizione, la tolleranza e l'astinenza che ne risultano non soddisfano i criteri per la diagnosi di disturbo da uso di sostanze. Tuttavia, è necessario determinare se le sostanze sono state prescritte e usate in modo appropriato (per es., falsificando sintomi medici per procurarsi i farmaci; usando più farmaci rispetto alla prescrizione; procurandosi il farmaco da diversi medici senza informare gli uni circa il coinvolgimento degli altri).

Data la natura unidimensionale dei sintomi del disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, la gravità è basata sul numero di criteri corrisposti.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici è spesso associato al disturbo da uso di altre sostanze (per es., i disturbi da uso di alcol, cannabis, oppiacei, stimolanti). I sedativi vengono spesso usati per attenuare gli effetti non desiderati di queste altre sostanze. Con l'uso ripetuto della sostanza, si sviluppa tolleranza agli effetti sedativi e viene usata una dose progressivamente sempre più alta. Tuttavia, la tolleranza agli effetti depressivi sul tronco cerebrale si sviluppa molto più lentamente, e poiché l'individuo assume più sostanza per ottenere euforia o altri effetti desiderati, ci può essere un improvviso esordio di depressione respiratoria e ipotensione, che può causare la morte. L'intensa o ripetuta intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici può essere associata a una depressione grave che, sebbene temporaneamente, può portare a tentativi di suicidio o a suicidi portati a termine.

Prevalenza

Le prevalenze a 12 mesi nel DSM-IV del disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici sono stimate intorno allo 0,3% tra 12 e 17 anni e 0,2% fra gli adulti da 18 anni in su. I tassi del DSM-IV per il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, negli adulti, sono leggermente maggiori fra i maschi (0,3%) rispetto alle femmine, ma per gli individui di 12-17 anni il tasso delle femmine (0,4%) supera quello dei maschi (0,2%). La prevalenza a 12 mesi del disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici nel DSM-IV diminuisce in funzione dell'età ed è al massimo fra i 18 e i 29 anni (0,5%) e al tasso più basso fra gli individui di 65 anni e più anziani (0,04%).

La prevalenza a 12 mesi del disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici varia a seconda dei sottogruppi razziali/etnici della popolazione degli Stati Uniti. Per gli individui di 12-17 anni, i tassi sono più alti fra bianchi (0,3%) rispetto ad afroamericani (0,2%), ispanici (0,2%), nativi americani (0,1%), asiaticoamericani e isolani del Pacifico (0,1%). Fra gli adulti, la prevalenza a 12 mesi è maggiore fra nativi americani e nativi dell'Alaska (0,8%), con tassi approssimativamente dello 0,2% tra afroamericani, bianchi e ispanici e lo 0,1% fra asiaticoamericani e isolani del Pacifico.

Sviluppo e decorso

Il decorso usuale del disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici coinvolge individui negli anni dell'adolescenza fino ai 20 anni, che aumentano il loro uso occasionale di sedativi, ipnotici o ansiolitici al punto da sviluppare problemi che soddisfano i criteri per una diagnosi. Questo pattern può essere probabile, in modo speciale, fra gli individui che hanno disturbi da uso di altre sostanze (per es., alcol, oppiacei, stimolanti). Un pattern iniziale di uso intermittente e sociale (per es., alle feste) può portare a un uso quotidiano e ad alti livelli di tolleranza. Una volta che questo si verifichi, si può fare esperienza di un aumento del livello di difficoltà interpersonali, così come di un aumento degli episodi gravi di disfunzioni cognitive e astinenza fisiologica.

Il secondo – e meno frequentemente osservato – decorso clinico inizia con un individuo che in origine si è procurato il farmaco tramite la prescrizione di un medico, abitualmente per il trattamento di ansia, insonnia o problematiche somatiche. Appena si sviluppano tolleranza o il bisogno di dosi sempre più elevate del farmaco, si ha un graduale aumento della dose e della frequenza dell'autosomministrazione. L'individuo probabilmente continua a giustificare l'uso sulla base dei propri sintomi originali di ansia o insonnia, ma il comportamento di ricerca della sostanza diventa sempre più rilevante, e l'individuo può andare alla ricerca di molteplici medici per procurarsi provviste del farmaco. La tolleranza può raggiungere livelli alti, e può verificarsi astinenza (comprese convulsioni e delirium da astinenza).

Come per molti disturbi da uso di sostanze, il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici generalmente ha un esordio durante l'adolescenza o la prima età adulta. Vi è un aumento del rischio di abuso e problemi legati a molte sostanze psicoattive e all'età dell'individuo. In particolare, la compromissione cognitiva aumenta come effetto collaterale con l'età, e il metabolismo di sedativi, ipnotici o ansiolitici diminuisce con l'età tra gli individui più anziani. Entrambi gli effetti tossici, acuti e cronici, di queste sostanze – specialmente gli effetti sull'attività cognitiva, sulla memoria e sulla coordinazione motoria – è più probabile che aumentino con l'età come conseguenza dei cambiamenti farmacodinamici e farmacocinetici correlati appunto all'età. Gli individui con un disturbo neurocognitivo maggiore (demenza) sono più probabilmente portati a sviluppare intossicazione e compromissione del funzionamento fisiologico a basse dosi.

L'intossicazione voluta per ottenere uno "sballo" è più probabilmente osservata fra gli adolescenti e negli individui dai 20 ai 30 anni. Problemi associati a sedativi, ipnotici o ansiolitici si osservano anche in individui dai 40 ai 50 anni e più anziani che aumentano la dose dei farmaci prescritti. Negli individui più anziani, l'intossicazione può ricordare una demenza progressiva.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. L'impulsività e la ricerca di novità sono temperamenti individuali che si correlano alla propensione a sviluppare un disturbo da uso di sostanze, ma possono essi stessi essere determinati geneticamente.

Fattori ambientali. Dato che sedativi, ipnotici o ansiolitici sono tutti prodotti farmacologici, un fattore di rischio chiave è correlato alla disponibilità delle sostanze. Negli Stati Uniti, il pattern storico di abuso di sedativi, ipnotici o ansiolitici è correlato agli ampi pattern di prescrizione. Per esempio, una marcata diminuzione nelle prescrizioni di barbiturici è stata associata a un aumento della prescrizione di benzodiazepine. Pari fattori possono essere correlati a predisposizione genetica in ragione del modo in cui gli individui selezionano il loro ambiente. Altri individui a elevato rischio possono comprendere quelli con disturbo da uso di alcol che possono ricevere prescrizioni ripetibili in risposta alle loro problematiche di ansia o insonnia correlate all'alcol.

Fattori genetici e fisiologici. Come per altri disturbi da uso di sostanze, il rischio per il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici può essere correlato a fattori individuali, familiari, dei pari, ambientali e sociali. All'interno di questi ambiti, i fattori genetici giocano un ruolo particolarmente importante, diretto e indiretto. Soprattutto, attraverso lo sviluppo, i fattori genetici sembrano giocare un più ampio ruolo nell'esordio del disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici come pure l'età degli individui, attraverso la pubertà fino alla vita adulta.

Modificatori del decorso. Un esordio precoce dell'uso è associato a una maggiore probabilità di sviluppare un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Ci sono variazioni marcate nei pattern di prescrizione (e disponibilità) di questa classe di sostanze a seconda dei differenti paesi, che possono portare a variazioni nella prevalenza dei disturbi da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Le femmine possono essere a più alto rischio rispetto ai maschi per misuso di prescrizioni di sostanze sedative, ipnotiche o ansiolitiche.

Marker diagnostici

Quasi tutte le sostanze sedative, ipnotiche o ansiolitiche possono essere identificate attraverso esami di laboratorio delle urine o del sangue (quest'ultimo può valutare la quantità di questi agenti nel corpo). I test delle urine tendono a rimanere positivi fino a 1 settimana circa dopo l'uso di sostanze a lunga durata d'azione, quali diazepam e flurazepam.

Conseguenze funzionali del disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici

Le conseguenze sociali e interpersonali del disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici simulano quelle dell'alcol in termini di potenziale di comportamento disinibito. Incidenti, difficoltà interpersonali (come discussioni o scontri) e interferenze con il rendimento lavorativo, o scolastico, sono tutti esiti comuni. L'esame obiettivo probabilmente rivela l'evidenza di un lieve aumento nella maggior parte degli aspetti del funzionamento del sistema nervoso autonomo, comprese una pulsazione più lenta, una leggera diminuzione della frequenza respiratoria, una leggera caduta della pressione sanguigna (che si verifica, con maggior probabilità, attraverso i cambiamenti posturali). A dosi elevate, le sostanze sedative, ipnotiche o ansiolitiche possono essere letali, in particolare se mischiate con alcol, sebbene i dosaggi letali varino considerevolmente fra le specifiche sostanze. Le overdose possono essere associate a un deterioramento dei segni vitali che indicano un'emergenza medica imminente (per es., arresto respiratorio da barbiturici). Ci possono essere conseguenze dai traumi (per es., emorragia interna o ematoma subdurale) per incidenti che si verificano mentre si è intossicati. L'uso per endovena di queste sostanze può causare complicazioni mediche correlate all'uso di aghi contaminati (per es., epatite e HIV).

Un'intossicazione acuta può causare ferite accidentali e incidenti automobilistici. Per gli individui anziani, anche un uso a breve termine di questi farmaci sedativi alle dosi prescritte può essere associato a un aumento del rischio di problemi cognitivi e cadute. Gli effetti disinibitori di questi agenti, come l'alcol, possono potenzialmente contribuire a un comportamento eccessivamente aggressivo, con conseguenti problemi interpersonali e legali. Possono verificarsi anche overdose accidentali o deliberate, simili a quelle osservate per il disturbo da uso di alcol o intossicazioni da alcol ripetute. In contrasto con il loro largo margine di sicurezza se usate da sole, le benzodiazepine assunte in combinazione con l'alcol possono essere particolarmente pericolose e overdose accidentali sono comunemente riferite. Overdose accidentali sono anche state riferite in individui che deliberatamente abusano di barbiturici e di altri sedativi non-benzodiazepinici (per es., metaqualone), ma poiché questi agenti sono molto meno disponibili rispetto alle benzodiazepine, la frequenza di overdose è bassa nella maggior parte dei contesti.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi mentali o condizioni mediche. Individui con disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici possono presentarsi con sintomi (per es., ansia) che ricordano i disturbi mentali primari (per es., disturbo d'ansia generalizzata versus disturbo d'ansia indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, con esordio durante l'astinenza). L'eloquio inceppato, la mancata coordinazione e altre caratteristiche associate tipiche dell'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici potrebbero essere il risultato di un'altra condizione medica (per es., sclerosi multipla) o di un precedente trauma cranico (per es., un ematoma subdurale).

Disturbo da uso di alcol. Il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici deve essere differenziato dal disturbo da uso di alcol.

Uso clinicamente appropriato di farmaci sedativi, ipnotici o ansiolitici. Gli individui possono continuare ad assumere farmaci benzodiazepinici sotto la direzione di un medico per legittime indicazioni mediche per estesi periodi di tempo. Anche se si manifestano segni fisiologici di tolleranza o astinenza, molti di questi individui non sviluppano sintomi che soddisfino i criteri per il disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici perché non hanno preoccupazione rispetto al procurarsi la sostanza, e il suo uso non interferisce con il loro rendimento negli usuali ruoli sociali e lavorativi.

Comorbilità

Un uso non medico di agenti sedativi, ipnotici o ansiolitici è associato al disturbo da uso di alcol, al disturbo da uso di tabacco e, in genere, all'uso di sostanze illecite. Può esserci anche una sovrapposizione fra disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici e disturbo antisociale di personalità; disturbi depressivo, bipolare e disturbo d'ansia; e disturbi da uso di altre sostanze, quali il disturbo da uso di alcol e i disturbi da uso di sostanze illecite. Un comportamento antisociale e un disturbo antisociale di personalità sono associati specialmente al disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici quando le sostanze vengono procurate illegalmente.

Intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici

Criteri diagnostici

A. Recente uso di un sedativo, ipnotico o ansiolitico.

B. Comportamento disadattivo clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (per es., comportamento sessuale inappropriato o aggressivo, labilità dell'umore, capacità critica compromessa) che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici.

C. Uno (o più) dei seguenti segni o sintomi che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici:

1. Eloquio inceppato.
2. Mancata coordinazione.
3. Andatura instabile.
4. Nistagmo.
5. Compromissione cognitiva (per es., attenzione, memoria).
6. Stupor o coma.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa l'intossicazione da altra sostanza.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **292.89**. Il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici in comorbilità. Se vi è un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F13.129** e se vi è un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F13.229**. Se non vi è un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F13.929**.

Nota: Per informazioni su "Sviluppo e decorso"; "Fattori di rischio e prognosi"; "Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza"; "Marker diagnostici"; "Conseguenze funzionali dell'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici"; e "Comorbilità", si vedano le sezioni corrispondenti nel disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici è la presenza di un comportamento disadattivo clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (per es., comportamento sessuale inappropriato o aggressivo, labilità dell'umore,

capacità critica compromessa, funzionamento sociale o lavorativo compromesso), che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di un sedativo, ipnotico o ansiolitico (Criteri A e B). Come con altri depressogeni cerebrali, come l'alcol, questi comportamenti possono essere accompagnati da eloquio inceppato, mancata coordinazione (a livelli che possono interferire con le capacità di guida e con la prestazione di attività abituali al punto da causare cadute o incidenti automobilistici), un'andatura instabile, nistagmo, compromissione cognitiva (per es., problemi di attenzione o memoria) e stupor o coma (Criterio C). La compromissione della memoria è una caratteristica significativa dell'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici e, il più delle volte, è accompagnata da amnesia anterograda che ricorda i "blackout alcolici" che possono essere disturbanti per l'individuo. I sintomi non devono essere attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (Criterio D). L'intossicazione può verificarsi in individui che stanno assumendo queste sostanze su prescrizione, oppure chiedono in prestito i farmaci ad amici o parenti, oppure stanno deliberatamente assumendo la sostanza per ottenere un'intossicazione.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Le caratteristiche associate comprendono l'assunzione di farmaci in quantità superiori a quelle prescritte, l'assunzione di differenti, molteplici farmaci, o mischiare agenti sedativi, ipnotici o ansiolitici con alcol, il che può aumentare marcatamente gli effetti di questi agenti.

Prevalenza

La prevalenza dell'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici nella popolazione generale non è chiara. Tuttavia, è probabile che la maggior parte degli utilizzatori, senza finalità mediche, di sedativi, ipnotici o ansiolitici possa talvolta avere segni o sintomi che soddisfano i criteri per l'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici; in tal caso, la prevalenza dell'uso per scopi non medici di sedativi, ipnotici o ansiolitici nella popolazione generale può essere simile alla prevalenza dell'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici. Per esempio, i tranquillanti vengono usati per scopi non medici dal 2,2% degli americani al di sopra dei 12 anni.

Diagnosi differenziale

Disturbi da uso di alcol. Poiché le manifestazioni cliniche possono essere identiche, distinguere un'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici dai disturbi da uso di alcol richiede l'evidenza di un'ingestione recente di farmaci sedativi, ipnotici o ansiolitici secondo il resoconto autoriferito dall'individuo, le informazioni riferite da altri o test tossicologici. Molti individui che abusano di sedativi, ipnotici o ansiolitici possono abusare anche di alcol o di altre sostanze: così sono possibili diagnosi di intossicazione multipla.

Intossicazione da alcol. L'intossicazione da alcol si può distinguere dall'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici per l'odore di alcol nell'alito. Diversamente, le caratteristiche dei due disturbi possono essere simili.

Altri disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici. L'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici si distingue dagli altri disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici (per es., disturbo d'ansia indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, con esordio durante l'astinenza) perché i sintomi – in questi ultimi disturbi – predominano la manifestazione clinica e sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione medica indipendente.

Disturbi neurocognitivi. Nelle situazioni di compromissione cognitiva, danni cerebrali da trauma e delirium per altre cause, i sedativi, gli ipnotici o gli ansiolitici possono essere intossicanti a dosaggi molto bassi. La diagnosi differenziale, in questi complessi contesti, si basa sulla sindrome predominante. Una diagnosi aggiuntiva di intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici può essere appropriata anche se la sostanza è stata ingerita in dosaggi molto bassi nei contesti di altre (o simili) condizioni concomitanti.

Astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici

Criteri diagnostici

A. Cessazione (o riduzione) dell'uso prolungato di sedativi, ipnotici o ansiolitici.

B. Due (o più) dei seguenti fattori, che si sviluppano nell'arco di diverse ore o pochi giorni dalla cessazione (o dalla riduzione) dell'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, descritto dal Criterio A:

1. Iperattività autonomica (per es., sudorazione o pulsazioni più elevate di 100 bpm).
2. Tremori alle mani.
3. Insonnia.
4. Nausea o vomito.
5. Allucinazioni transitorie di tipo visivo, tattile o uditivo o illusioni.
6. Agitazione psicomotoria.
7. Ansia.
8. Crisi epilettiche da grande male.

C. I segni o sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo, o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione o astinenza da altra sostanza.

Specificare se:

Con alterazioni percettive: Questo specificatore deve essere annotato quando si verificano allucinazioni con esame di realtà integro o illusioni uditive, visive o tattili, in assenza di delirium.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **292.0**. Il codice ICD-10-CM per astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici moderato o grave in comorbilità e che vi siano, o non vi siano, alterazioni percettive. Per l'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici, senza alterazioni percettive, il codice ICD-10-CM è **F13.239**. Per l'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici, con alterazioni percettive, il codice ICD-10-CM è **F13.232**. Da notare che i codici ICD-10-CM indicano la presenza in comorbilità di un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, moderato o grave a riflettere il fatto che l'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici può verificarsi solo in presenza di un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici moderato o grave. Non è invece concesso codificare l'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici con un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici lieve in comorbilità.

Nota: Per informazioni su "Sviluppo e decorso"; "Fattori di rischio e prognosi"; "Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza"; "Conseguenze funzionali dell'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici"; e "Comorbilità", si vedano le sezioni corrispondenti nei disturbi da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici è la presenza di una sindrome tipica che si sviluppa dopo una marcata riduzione o la cessazione dell'assunzione, dopo diverse settimane o più di uso regolare (Criteri A e B). Questa sindrome da astinenza è caratterizzata da due o più sintomi (simili all'astinenza da alcol) che comprendono iperattività autonomica (per es., aumento della frequenza cardiaca, della frequenza respiratoria, della pressione sanguigna o della temperatura corporea, con sudorazione); tremore delle mani, insonnia, nausea, talvolta accompagnata da vomito; ansia; e agitazione psicomotoria. Una crisi epilettica può forse verificarsi in circa il 20-30% degli individui in astinenza non trattata da queste sostanze. In caso di astinenza grave, si possono verificare allucinazioni visive, tattili o uditive, o illusioni, ma di solito sono nel contesto di un delirium. Se l'esame di realtà dell'individuo è integro (cioè se l'individuo è conscio che le allucinazioni sono causate dalla sostanza) e le illusioni si verificano in uno stato di sensorio evidente, può essere annotato lo specificatore "con alterazioni percettive". Quando le allucinazioni si verificano in assenza di esame di realtà integro, deve essere presa in considerazione una diagnosi di disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C). I sintomi non devono essere attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., astinenza da alcol o disturbo d'ansia generalizzata) (Criterio D). Il sollievo dei sintomi di astinenza con la somministrazione di qualsiasi agente sedativo-ipnotico supporterà una diagnosi di astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

La tempistica e la gravità della sindrome da astinenza differirà a seconda della sostanza specifica e della sua farmacocinetica e farmacodinamica. Per esempio, l'astinenza da sostanze ad azione breve, che sono assorbite rapidamente e che non hanno metaboliti attivi (per es., triazolam), può iniziare entro poche ore dopo che la sostanza è stata cessata; l'astinenza da sostanze con metaboliti a lunga durata d'azione (per es., diazepam) potrebbe non iniziare per 1-2 giorni o più. La sindrome da astinenza prodotta dalle sostanze di questa classe può essere caratterizzata dallo sviluppo di un delirium che può essere pericoloso per la vita. Vi può essere evidenza di tolleranza e astinenza in assenza di una diagnosi di disturbo da uso di sostanze in un individuo che ha bruscamente interrotto l'assunzione di benzodiazepine, somministrate per lunghi periodi di tempo nelle dosi prescritte e terapeutiche. Tuttavia, i codici ICD-10-CM tengono conto solo di una diagnosi di astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici in presenza di un disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, moderato o grave, in comorbilità.

Il tempo di decorso della sindrome da astinenza è, in genere, preannunciato dall'emivita della sostanza. I farmaci la cui azione dura tipicamente circa 10 ore o meno (per es., lorazepam, oxazepam, temazepam) producono sintomi di astinenza entro 6-8 ore dalla diminuzione dei livelli nel sangue, il cui picco di intensità è nel secondo giorno e migliora in modo marcato dal quarto o quinto giorno. Per sostanze con emivita più lunga (per es., diazepam), i sintomi possono non svilupparsi per più di 1 settimana, con picco d'intensità durante la seconda settimana, e migliorare in modo marcato durante la terza o la quarta. Ci possono essere sintomi aggiuntivi di più lunga durata, a livelli di intensità molto più bassi, che persistono per diversi mesi.

Più a lungo la sostanza è stata assunta e più alti erano i dosaggi usati, maggiore sarà la probabilità di un'astinenza grave. Tuttavia, l'astinenza è stata riferita con un dosaggio minimo di 15 mg di diazepam (o il suo equivalente per altre benzodiazepine), se assunto quotidianamente per diversi mesi. Dosi quotidiane di circa 40 mg di diazepam (o il suo equivalente) è più probabile che producano sintomi di astinenza clinicamente rilevanti e anche dosi più alte (per es., 100 mg di diazepam) è più probabile che siano seguite da convulsioni da astinenza o delirium. Il delirium da astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici è caratterizzato da alterazioni della coscienza e cognitive, con allucinazioni visive, tattili o uditive. Quando è presente, il delirium da astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici deve essere diagnosticato al posto dell'astinenza.

Prevalenza

La prevalenza dell'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici non è chiara.

Marker diagnostici

Convulsioni e instabilità autonomica nel contesto di una storia di esposizione prolungata a farmaci sedativi, ipnotici o ansiolitici suggeriscono un'alta probabilità di astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi medici. I sintomi dell'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici possono essere simulati da altre condizioni mediche (per es., ipoglicemia, chetoacidosi diabetica). Se le convulsioni sono una caratteristica dell'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici, la diagnosi differenziale comprende le varie cause delle convulsioni (per es., infezioni, ferite al capo, avvelenamenti).

Tremore essenziale. Il tremore essenziale, disturbo che frequentemente si manifesta nelle famiglie, può erroneamente suggerire il tremore associato ad astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Astinenza da alcol. L'astinenza da alcol produce una sindrome molto simile a quella dell'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Altri disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici. L'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici si distingue dagli altri disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici (per es., disturbo d'ansia indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, con esordio durante l'astinenza) perché i sintomi di questi ultimi disturbi predominano nella manifestazione clinica e sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbi d'ansia. Il ricorrere o l'aggravarsi di un disturbo d'ansia sottostante produce una sindrome simile all'astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici. L'astinenza dovrebbe essere sospettata con una brusca riduzione nel dosaggio di un farmaco sedativo, ipnotico o ansiolitico. Quando la differenza è minima, distinguere la sindrome da astinenza dal sottostante disturbo d'ansia può essere difficile. Come per l'alcol, i sintomi persistenti di astinenza (per es., ansia, malumore e problemi di sonno) possono essere scambiati per disturbi depressivi o d'ansia indotti da farmaci/non-sostanze (per es., disturbo d'ansia generalizzata).

Altri disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici

I seguenti disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici sono descritti in altri capitoli del manuale insieme ai disturbi con i quali condividono la fenomenologia (si vedano i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci in questi capitoli): disturbo psicotico indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici ("Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici"); disturbo bipolare indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici ("Disturbo bipolare e disturbi correlati"); disturbo depressivo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici ("Disturbi depressivi"); disturbo d'ansia indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici ("Disturbi d'ansia"); disturbo del sonno indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici ("Disturbi del sonno-veglia"); disfunzioni sessuali indotte da sedativi, ipnotici o ansiolitici ("Disfunzioni sessuali"); disturbo neurocognitivo maggiore o lieve indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici ("Disturbi neurocognitivi"). Per il delirium da intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici e delirium da astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici, si vedano i criteri e la discussione sul delirium nel capitolo "Disturbi neurocognitivi". Questi disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici vengono diagnosticati al posto dell'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici, o astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici, solo quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato a sedativi, ipnotici o ansiolitici senza specificazione 292.9 (F13.99)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato a sedativi, ipnotici o ansiolitici, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato a sedativi, ipnotici o ansiolitici o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.

Disturbi correlati agli stimolanti

- Disturbo da uso di stimolanti
- Intossicazione da stimolanti
- Astinenza da stimolanti
- Altri disturbi indotti da stimolanti
- Disturbo correlato agli stimolanti senza specificazione

Disturbo da uso di stimolanti

Criteri diagnostici

A. Un pattern di uso di sostanze amfetaminosimili, cocaina o altri stimolanti che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1. Gli stimolanti sono spesso assunti in quantitativi maggiori o per un periodo di tempo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.
2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di stimolanti.
3. Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi gli stimolanti, usare gli stimolanti o recuperare dai suoi effetti.
4. Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di stimolanti.
5. Uso ricorrente di stimolanti, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa.
6. Uso continuato di stimolanti nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti di stimolanti.
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di stimolanti.
8. Uso ricorrente di stimolanti in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso.
9. Uso continuato di stimolanti nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dagli stimolanti.
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. Un bisogno di quantità marcatamente aumentate di stimolanti per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato.
    b. Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di stimolanti.

    Nota: Questo criterio non è considerato soddisfatto per quelli che assumono farmaci stimolanti unicamente sotto appropriata supervisione medica, come i farmaci per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività o per la narcolessia.
11. Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. La caratteristica sindrome da astinenza da stimolanti (con riferimento ai Criteri A e B del set di criteri per l'astinenza da stimolanti, pp. 663-664).
    b. Gli stimolanti (o una sostanza strettamente correlata) sono assunti per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

    Nota: Questo criterio non è considerato soddisfatto per quelli che assumono farmaci stimolanti unicamente sotto appropriata supervisione medica, come i farmaci per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività o per la narcolessia.

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di stimolanti sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di stimolanti è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma per meno di 12 mesi (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di stimolanti", che può essere soddisfatto).

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di stimolanti sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di stimolanti è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di stimolanti", che può essere soddisfatto).

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo si trova in un ambiente dove l'accesso agli stimolanti è limitato.

Codifica basata sulla gravità attuale: Nota per i codici ICD-10-CM: se vi sono anche un'intossicazione da amfetamine, un'astinenza da amfetamine o un altro disturbo mentale indotto da amfetamine, non usare i codici sotto indicati per disturbo da uso di am-

fetamine. Per contro, il disturbo da uso di amfetamine in comorbilità viene indicato nel 4° carattere del codice del disturbo indotto da amfetamine (si veda la nota di codifica per intossicazione da amfetamine, astinenza da amfetamine o per uno specifico disturbo mentale indotto da amfetamine). Per esempio, se vi sono un disturbo depressivo indotto da sostanze amfetaminosimili, un disturbo depressivo indotto da altri stimolanti e un disturbo da uso di amfetaminosimili o altri stimolanti in comorbilità, viene fornito solo il codice per disturbo depressivo indotto da amfetaminosimili o da altri stimolanti, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di amfetaminosimili o altri stimolanti in comorbilità è lieve, moderato o grave: F15.14 per disturbo da uso di amfetaminosimili o altri stimolanti lieve con disturbo depressivo indotto da amfetaminosimili o altri stimolanti o F15.24 per disturbo da uso di amfetaminosimili o altri stimolanti moderato o grave con disturbo depressivo indotto da amfetaminosimili o altri stimolanti. Analogamente, se vi sono un disturbo depressivo indotto da cocaina e un disturbo da uso di cocaina in comorbilità, viene fornito solo il codice per disturbo depressivo indotto da cocaina, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di cocaina in comorbilità è lieve, moderato o grave: F14.14 per disturbo da uso di cocaina lieve con disturbo depressivo indotto da cocaina o F14.24 per disturbo da uso di cocaina moderato o grave con disturbo depressivo indotto da cocaina.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Presenza di 2-3 sintomi.

305.70 (F15.10) Sostanze amfetaminosimili
305.60 (F14.10) Cocaina
305.70 (F15.10) Altri o non specificati stimolanti

Moderata: Presenza di 4-5 sintomi.

304.40 (F15.20) Sostanze amfetaminosimili
304.20 (F14.20) Cocaina
340.40 (F15.20) Altri o non specificati stimolanti

Grave: Presenza di 6 o più sintomi.

304.40 (F15.20) Sostanze amfetaminosimili
304.20 (F14.20) Cocaina
304.40 (F15.20) Altri o non specificati stimolanti

Specificatori

"In ambiente controllato" si applica come ulteriore specificatore di remissione se l'individuo è in remissione e si trova in ambiente controllato (cioè in remissione precoce in ambiente controllato o in remissione protratta in ambiente controllato). Esempi di questi ambienti sono carceri con stretta sorveglianza e dove è escluso l'uso di qualsiasi tipo di sostanza, comunità terapeutiche e unità ospedaliere chiuse.

Caratteristiche diagnostiche

Le amfetamine e gli stimolanti amfetaminosimili comprendono sostanze con una struttura feniletilaminica sostituita, quali amfetamine, destroamfetamine e metamfetamine. Sono comprese anche quelle sostanze che sono strutturalmente differenti ma hanno effetti simili, come il metilfenidato. Queste sostanze sono assunte di solito per via orale o per endovena, sebbene la metamfetamina venga anche assunta per via intranasale. In aggiunta ai composti sintetici amfetaminosimili, ci sono sostanze naturali, stimolanti derivati dalle piante come il *khât*. Amfetamine e altri stimolanti possono essere ottenuti su prescrizione per il trattamento dell'obesità, del disturbo da deficit di attenzione/

iperattività e della narcolessia. Come conseguenza, gli stimolanti prescritti possono essere dirottati sul mercato illegale. Gli effetti dell'amfetamina e di sostanze amfetaminosimili sono analoghi a quelli della cocaina, tanto che i criteri per il disturbo da uso di stimolanti sono qui presentati come disturbo singolo con la possibilità di specificare il particolare stimolante usato dall'individuo. La cocaina può essere consumata in diversi modi (per es., foglie di coca, pasta di coca, cloridrato di cocaina e alcaloidi della cocaina quali il crack o la sua forma pura) che, potenzialmente, differiscono in ragione del variare dei livelli di purezza e della rapidità di esordio. Tuttavia, in tutte le forme della sostanza, la cocaina è l'ingrediente attivo. La polvere di cloridrato di cocaina viene di solito "sniffata" dalle narici o dissolta in acqua e iniettata per via endovenosa.

Gli individui esposti a stimolanti amfetaminosimili o a cocaina possono sviluppare il disturbo da uso di stimolanti in una sola settimana, sebbene l'esordio non sia sempre così rapido. A prescindere dal metodo di somministrazione, la tolleranza si verifica con l'uso ripetuto. Possono manifestarsi sintomi di astinenza, in particolare ipersonnia, aumento dell'appetito e disforia, e può innalzarsi il craving. La maggior parte degli individui con disturbo da uso di stimolanti ha fatto esperienza di tolleranza o astinenza.

I pattern di uso e di decorso sono simili per i disturbi che coinvolgono stimolanti amfetaminosimili e cocaina, poiché entrambe le sostanze sono potenti stimolanti del sistema nervoso centrale, con effetti psicoattivi e simpaticomimetici simili. Gli stimolanti amfetaminosimili hanno un'azione più lunga della cocaina e, in tal modo, vengono usati meno volte al giorno. L'uso può essere cronico o episodico, con abbuffate inframmezzate da brevi periodi di non uso. Il comportamento aggressivo o violento è comune con alte dosi, fumate, ingerite o iniettate per via endovenosa. Un'ansia temporanea e intensa che ricorda il disturbo di panico o il disturbo d'ansia generalizzata, così come un'ideazione paranoica ed episodi psicotici che ricordano la schizofrenia, sono stati osservati con l'uso di alte dosi.

Gli stati di astinenza sono associati a sintomi depressivi temporanei ma intensi che possono ricordare un episodio depressivo maggiore; i sintomi depressivi generalmente si risolvono entro 1 settimana. La tolleranza agli stimolanti amfetaminosimili si sviluppa e porta all'aumento della dose. Al contrario, alcuni utilizzatori di stimolanti amfetaminosimili sviluppano una sensibilizzazione caratterizzata da effetti elevati.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Quando vengono iniettati o fumati, gli stimolanti tipicamente producono un'immediata sensazione di benessere, fiducia in se stessi ed euforia. Con il disturbo da uso di stimolanti possono svilupparsi rapidamente dei drammatici cambiamenti di comportamento. Il disturbo da uso di stimolanti sul lungo periodo può causare comportamento caotico, isolamento sociale, comportamento aggressivo e disfunzioni sessuali.

Gli individui con intossicazione acuta possono manifestare eloquio sconclusionato, cefalea, transitorie idee di riferimento e tinnito. Vi può essere ideazione paranoica, allucinazioni uditive in un sensorio chiaro e allucinazioni tattili, che l'individuo normalmente riconosce come effetti della sostanza. Possono verificarsi minacce o azioni derivate da comportamenti aggressivi. Depressione, ideazione suicidaria, irritabilità, anedonia, labilità emotiva o disturbi dell'attenzione e della concentrazione si verificano comunemente durante l'astinenza. I disturbi mentali associati all'uso di cocaina di solito si risolvono dopo ore o giorni dalla cessazione dell'uso, ma possono persistere fino a 1 mese. I cambiamenti fisiologici durante l'astinenza da stimolanti sono l'opposto di quelli della fase dell'intossicazione e, a volte, comprendono bradicardia. Sinto-

mi depressivi temporanei possono soddisfare criteri di durata e sintomatologici per un episodio depressivo maggiore. Storie coerenti con ripetuti attacchi di panico, disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) – come comportamento e come sindromi generalizzate di ansia – sono comuni, così come i disturbi dell'alimentazione. Un esempio estremo di tossicità da stimolanti è il disturbo psicotico indotto da stimolanti, un disturbo che ricorda la schizofrenia, con deliri e allucinazioni.

Gli individui con disturbo da uso di stimolanti sviluppano spesso risposte condizionate agli stimoli correlati alla sostanza (per es., craving alla vista di qualsiasi sostanza bianca tipo polvere). Queste risposte contribuiscono alle ricadute, sono difficili da estinguere e persistono dopo la disintossicazione.

Possono verificarsi sintomi depressivi con ideazioni o comportamenti suicidari, e sono generalmente i problemi più seri osservati durante l'astinenza da stimolanti.

Prevalenza

Disturbo da uso di stimolanti: stimolanti amfetaminosimili. Si stima che la prevalenza a 12 mesi del disturbo da uso di stimolanti amfetaminosimili negli Stati Uniti sia lo 0,2% negli individui di 12-17 anni e lo 0,2% fra gli individui di 18 anni e oltre. I tassi sono simili fra gli adulti maschi e femmine (0,2%), ma negli individui di 12-17 anni il tasso per le femmine (0,3%) è più alto di quello dei maschi (0,1%). L'uso di stimolanti per via endovenosa ha un rapporto maschi-femmine di 3:1 o 4:1, ma i tassi sono più bilanciati fra gli utilizzatori che non si iniettano la sostanza, con i maschi che rappresentano il 54% dei ricoveri per trattamento primario. La prevalenza a 12 mesi è maggiore nella fascia 18-29 anni (0,4%) se comparata con quella 45-64 anni (0,1%). Per gli individui di 12-17 anni, i tassi sono più alti fra i bianchi e gli afroamericani (0,3%) se comparati con gli ispanici (0,1%), gli asiaticoamericani e gli isolani del Pacifico (0,01%), con il disturbo da uso di stimolanti amfetaminosimili che risulta virtualmente assente fra i nativi americani. Per gli adulti i tassi sono più alti fra i nativi americani e i nativi dell'Alaska (0,6%) se comparati con i bianchi (0,2%) e gli ispanici (0,2%), con il disturbo da uso di stimolanti, amfetaminosimili che risulta virtualmente assente tra gli afroamericani, gli asiaticoamericani e gli isolani del Pacifico. L'uso, nell'anno precedente, di stimolanti su prescrizione da parte di individui cui non erano stati prescritti si è verificato nel 5-9% dei ragazzi fino alla scuola superiore e viene riferito dal 5-35% delle persone in età universitaria.

Disturbo da uso di stimolanti: cocaina. La prevalenza del disturbo da uso di cocaina, a 12 mesi, negli Stati Uniti è stimata allo 0,2% negli individui di 12-17 anni e allo 0,3% dai 18 anni in su. I tassi sono più alti fra i maschi (0,4%) che tra le femmine (0,1%). I tassi sono più alti tra 18 e 29 anni (0,6%) e più bassi tra 45 e 64 anni (0,1%). Per gli adulti, i tassi sono più alti fra i nativi americani (0,8%) se comparati con afroamericani (0,4%), ispanici (0,3%), bianchi (0,2%), asiaticoamericani e isolani del Pacifico (0,1%). Per contro, tra i 12 e i 17 anni, i tassi sono simili fra ispanici (0,2%), bianchi (0,2%), asiaticoamericani e isolani del Pacifico (0,2%); e più bassi tra gli afroamericani (0,02%); con disturbo da uso di cocaina virtualmente assente fra nativi americani e nativi dell'Alaska.

Sviluppo e decorso

I disturbi da uso di stimolanti si verificano a tutti i livelli della società e sono più comuni fra gli individui di 12-25 anni se comparati con individui di 26 anni o più. Il primo uso regolare fra gli individui in trattamento si verifica, in media, approssimativamente a 23 anni. L'età media dei ricoverati per trattamento primario per uso di metamfetamine è 31 anni.

Alcuni individui iniziano l'uso di stimolanti per il controllo del peso o per migliorare il rendimento a scuola, al lavoro o le performance atletiche. Questo comprende il procurarsi farmaci quali il metilfenidato o sali di amfetamina prescritti ad altri per il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Il disturbo da uso di stimolanti si può sviluppare rapidamente con somministrazione per via endovenosa o fumandoli; tra i ricoveri primari per uso di stimolanti amfetaminosimili, il 66% ha riferito di fumarli, il 18% di assumerli per via endovenosa e il 10% sniffando.

I pattern di somministrazione degli stimolanti comprendono l'uso episodico o quotidiano (o quasi). L'uso episodico tende a essere separato da 2 o più giorni di non uso (per es., uso intenso durante un finesettimana o per uno o più giorni della settimana). Le "abbuffate" comportano un uso continuato di alte dosi per ore o giorni e sono spesso associate a dipendenza fisica. Le abbuffate, di solito, terminano solo quando la provvista di stimolanti è esaurita o sopravviene la stanchezza. L'uso quotidiano cronico può comportare dosi alte o basse, spesso con un aumento della dose nel tempo.

L'uso di stimolanti attraverso il fumo e per endovena è associato a una rapida progressione verso il disturbo da uso di stimolanti di livello grave, che spesso si verifica nell'arco di settimane o mesi. L'uso intranasale della cocaina e l'uso orale di stimolanti amfetaminosimili genera una progressione più graduale che si verifica nell'arco di mesi o anni. Con l'uso continuato vi è una diminuzione degli effetti piacevoli dovuta a tolleranza e a un aumento degli effetti disforici.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Disturbo bipolare in comorbilità, schizofrenia, disturbo antisociale di personalità e altri disturbi da uso di sostanze sono fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo da uso di stimolanti e per ricadute nell'uso di cocaina, nei campioni in trattamento. Anche l'impulsività e tratti simili della personalità possono influenzare gli esiti del trattamento. Disturbo della condotta nell'infanzia e disturbo antisociale di personalità in un adulto sono associati a uno sviluppo successivo di disturbi correlati agli stimolanti.

Fattori ambientali. Fattori predittivi dell'uso di cocaina tra gli adolescenti comprendono l'esposizione prenatale alla cocaina, un uso postnatale da parte dei genitori e l'esposizione alla violenza nella propria comunità durante l'infanzia. Per i giovani, specialmente le femmine, i fattori di rischio comprendono il vivere in un ambiente domestico instabile, una condizione psichiatrica e la frequentazione di rivenditori e utilizzatori.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

I disturbi da uso concomitante di stimolanti colpiscono tutti i gruppi razziali/etnici, gruppi socioeconomici, gruppi di età e di genere. Gli aspetti diagnostici possono essere correlati a conseguenze in ambito sociale (per es., arresto, sospensioni da scuola, sospensioni dal lavoro). Nonostante piccole variazioni, i criteri diagnostici del disturbo da uso di cocaina o di altri stimolanti danno risultati uguali tra i generi e le razze/etnie.

L'uso cronico della cocaina compromette la funzione cardiaca del ventricolo sinistro negli afroamericani. Circa il 66% degli individui ricoverati per disturbi primari correlati a metamfetamine/amfetamine sono bianchi non ispanici, seguiti dal 21% di origine ispanica, 3% di asiatici e isolani del Pacifico e 3% di neri non ispanici.

Marker diagnostici

La benzoilecgonina, un metabolita della cocaina, rimane tipicamente nelle urine per 1-3 giorni dopo una singola dose e può essere presente per 7-12 giorni in individui che usano alte dosi ripetute. Test di funzionalità epatica lievemente elevati possono essere presenti in chi si inietta cocaina o negli utilizzatori con uso concomitante di alcol. Non ci sono marker neurobiologici di utilità diagnostica. La sospensione dell'uso cronico di cocaina può essere associata a cambiamenti elettroencefalografici, che suggeriscono il persistere di anomalie; alterazioni nei pattern di secrezione della prolattina; sottoregolazione dei recettori dopaminergici.

Gli stimolanti amfetaminosimili con emivita breve (MDMA [3,4-metilenediossi-N-metilamfetamina], metamfetamina) possono essere rintracciati per 1-3 giorni e, possibilmente, anche fino a 4 giorni a seconda del dosaggio e del metabolismo. Campioni di capelli possono essere utilizzati per rintracciare la presenza di stimolanti amfetaminosimili fino a 90 giorni. Altri reperti di laboratorio, così come le evidenze fisiche e altre condizioni mediche (per es., perdita di peso, malnutrizione, scarsa igiene), sono analoghi sia per il disturbo da uso di cocaina sia per il disturbo da uso di stimolanti amfetaminosimili.

Conseguenze funzionali del disturbo da uso di stimolanti

Varie condizioni mediche possono verificarsi a seconda della modalità di somministrazione. Gli utilizzatori per via intranasale spesso sviluppano sinusiti, irritazione, emorragia della mucosa nasale e perforazione del setto nasale. Gli individui che fumano le sostanze sono a rischio aumentato di problemi respiratori (per es., tosse, bronchiti e polmoniti). Chi si inietta la sostanza ha segni di punture e "tracce", più comunemente sugli avambracci. Il rischio di infezione da HIV aumenta con frequenti iniezioni endovenose e attività sessuale non protetta. Si osservano anche altre malattie a trasmissione sessuale, epatiti, tubercolosi e altre infezioni polmonari. Perdita di peso e malnutrizione sono comuni.

Il dolore al torace può essere un sintomo comune durante l'intossicazione da stimolanti. L'infarto miocardico, palpitazioni e aritmia, morte improvvisa per arresto respiratorio o cardiaco, e ictus sono stati associati all'uso di stimolanti tra giovani e individui altrimenti sani. Con l'uso di stimolanti si possono verificare convulsioni. Lo pneumotorace può essere causato dalla prestazione di manovre tipo Valsalva, fatte per meglio assorbire il fumo inalato. Ferite traumatiche dovute a comportamenti violenti sono comuni tra individui che commerciano sostanze. L'uso di cocaina è associato a irregolarità nel flusso del sangue placentare, con distacco della placenta, travaglio e parto prematuri e un'aumentata prevalenza di neonati con peso molto basso alla nascita.

Gli individui con disturbo da uso di stimolanti possono venire coinvolti in furti, prostituzione, spaccio di droga per procurarsi le sostanze o il denaro per le stesse.

La compromissione neurocognitiva è comune fra gli utilizzatori di metamfetamine. I problemi di salute del cavo orale comprendono la "bocca da metamfetamina" con malattia delle gengive, carie dentaria, ulcere della bocca correlate agli effetti tossici del fumo della sostanza e al bruxismo durante l'intossicazione. Effetti negativi a livello polmonare sembrano essere meno comuni per gli stimolanti amfetaminosimili perché vengono fumati meno volte al giorno. Sono comuni le visite in pronto soccorso per sintomi di disturbo mentale correlato a stimolanti, ferite, infezioni della pelle e patologie dentali.

Diagnosi differenziale

Disturbi mentali primari. I disturbi indotti da stimolanti possono ricordare i disturbi mentali primari (per es., disturbo depressivo maggiore) (per la discussione di questa diagnosi differenziale si veda "Astinenza da stimolanti"). I disturbi mentali causati dagli effetti degli stimolanti devono essere distinti dai sintomi di schizofrenia; disturbo bipolare e disturbo depressivo; disturbo d'ansia generalizzata; disturbo di panico.

Intossicazione da fenciclidina. L'intossicazione da fenciclidina ("PCP" o "polvere d'angelo") o "designer drugs" sintetiche come il mefedrone (conosciuto con nomi differenti, compreso "sali da bagno") può causare un quadro clinico simile e può essere distinta dall'intossicazione da stimolanti solo per la presenza di metaboliti della cocaina o di una sostanza amfetaminosimile nel campione di plasma o di urina.

Intossicazione e astinenza da stimolanti. Intossicazione e astinenza da stimolanti sono distinte da altri disturbi indotti da stimolanti (per es., disturbo d'ansia, con esordio durante l'intossicazione) perché i sintomi in questi ultimi disturbi predominano la manifestazione clinica e sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Comorbilità

I disturbi correlati agli stimolanti spesso si verificano in concomitanza con i disturbi da altre sostanze, specialmente quelli che coinvolgono sostanze con proprietà sedative, spesso assunte per ridurre insonnia, nervosismo e altri spiacevoli effetti collaterali. In genere gli utilizzatori di cocaina usano alcol, mentre gli utilizzatori di stimolanti amfetaminosimili usano spesso cannabis. Il disturbo da uso di stimolanti può essere associato a disturbo da stress post-traumatico, disturbo antisociale di personalità, disturbo da deficit di attenzione/iperattività e disturbo da gioco d'azzardo. I problemi cardiopolmonari sono spesso presenti negli individui che richiedono un trattamento per problemi correlati a cocaina: dolori al torace i più comuni. Problemi medici si verificano in risposta a adulteranti utilizzati come agenti da "taglio". Gli utilizzatori di cocaina che ingeriscono cocaina tagliata con levamisolo, un farmaco veterinario antimicrobico, possono fare esperienza di agranulocitosi e neutropenia febbrile.

Intossicazione da stimolanti

Criteri diagnostici

A. Recente uso di sostanze amfetaminosimili, cocaina o altri stimolanti.

B. Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (per es., euforia o ottundimento affettivo; cambiamenti nella socievolezza; ipervigilanza; sensibilità interpersonale; ansia, tensione o rabbia; comportamenti stereotipati; capacità critica compromessa) che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di uno stimolante.

C. Due (o più) dei seguenti segni o sintomi che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di stimolanti:

1. Tachicardia o bradicardia.
2. Midriasi.
3. Pressione sanguigna elevata o abbassata.
4. Sudorazione o brividi.

5. Nausea o vomito.
6. Perdita di peso evidente.
7. Agitazione o rallentamento psicomotori.
8. Debolezza muscolare, depressione respiratoria, dolore al torace o aritmie cardiache.
9. Confusione, convulsioni, discinesia, distonia o coma.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Specificare **l'intossicante** (cioè sostanze amfetaminosimile, cocaina o altro stimolante).

Specificare se:

Con alterazioni percettive: Questo specificatore può essere annotato quando si verificano allucinazioni con esame di realtà integro o illusioni uditive, visive e tattili in assenza di delirium.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **292.89**. Il codice ICD-10-CM dipende dallo stimolante, se è un'amfetamina, cocaina o un altro stimolante; se vi è, o non vi è, un disturbo da uso di amfetamine, cocaina o altro stimolante in comorbilità; e se vi sono, o non vi sono, alterazioni percettive.

Per intossicazione da amfetamine, cocaina o altri stimolanti, senza alterazioni percettive: Se vi è un disturbo da uso di amfetamine o altro stimolante lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F15.129**; se vi è un disturbo da uso di amfetamine o altro stimolante moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F15.229**. Se non vi è un disturbo da uso di amfetamine o altro stimolante in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F15.929**. Analogamente, se vi è un disturbo da uso di cocaina lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F14.129** e se vi è un disturbo da uso di cocaina moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F14.229**. Se non vi è un disturbo da uso di cocaina in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F14.929**.

Per intossicazione da amfetamine, cocaina o altri stimolanti, con alterazioni percettive: Se vi è un disturbo da uso di amfetamine o altro stimolante lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F15.122** e se vi è un disturbo da uso di amfetamine o altro stimolante moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F15.222**. Se non vi è un disturbo da uso di amfetamine o altro stimolante in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F15.922**. Analogamente, se vi è un disturbo da uso di cocaina lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F14.122** e se vi è un disturbo da uso di cocaina moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F14.222**. Se non vi è un disturbo da uso di cocaina in comorbilità, allora il codice ICD-10-CM è **F14.922**.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'intossicazione da stimolanti, correlata a stimolanti amfetaminosimili e cocaina, è la presenza di un comportamento clinicamente significativo o cambiamenti psicologici che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di stimolanti (Criteri A e B). Le allucinazioni uditive possono essere rilevanti, come pure l'ideazione paranoica, e questi sintomi devono essere distinti da un disturbo psicotico indipendente come la schizofrenia. L'intossicazione da stimolanti comincia di solito con una sensazione di "sballo" e comprende uno o più dei seguenti fattori: euforia con elevato vigore, tendenza a socializzare, iperattività, irrequietezza, ipervigilanza, sensibilità interpersonale, loquacità, ansia, tensione, lucidità mentale, grandiosità, comportamento stereotipato e ripetitivo, rabbia, capacità critica compromessa e, in caso di intossicazione cronica, ottundimento affettivo con affaticamento o tristezza e isolamento sociale. Questi cambiamenti comportamentali e psicologici sono accompagnati da due o più dei seguenti segni o sintomi che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di stimolanti: tachicardia o bradicardia; midriasi; pressione sanguigna elevata o abbassata; sudorazione o brividi; nausea o vomito; perdita di peso evidente; agitazione o rallentamento psicomotori; debolezza muscolare, depressione respiratoria, dolore al torace o aritmie cardiache; confusione, convulsioni, discinesia, distonia o coma (Criterio C). L'intossicazione, sia acuta sia cronica, è spesso associata a compromissione del funzionamento sociale o lavorativo. L'intossicazione grave può portare a convulsioni, aritmie cardiache, iperpiressia e morte. Perché venga posta una diagnosi di intossicazione da stimolanti, i sintomi non devono essere attribuibili a un'altra condizione medica e non devono essere meglio spiegati da un altro disturbo mentale (Criterio D). Mentre l'intossicazione da stimolanti si verifica in individui con disturbi da uso di stimolanti, l'intossicazione non è un criterio per il disturbo da uso di stimolanti, che è confermato dalla presenza di due degli 11 criteri diagnostici per il disturbo da uso di sostanze.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

La dimensione e la direzione dei cambiamenti comportamentali e fisiologici dipendono da molte variabili, compresa la dose usata e le caratteristiche dell'individuo che usa la sostanza o il contesto (per es., tolleranza, tasso di assorbimento, cronicità d'uso, contesto nel quale viene assunta). Gli effetti degli stimolanti più comunemente osservati sono euforia, aumento delle pulsazioni e della pressione sanguigna, attività psicomotoria. Effetti depressivi quali tristezza, bradicardia, diminuzione della pressione sanguigna e diminuita attività psicomotoria sono meno comuni e generalmente emergono solo con l'uso cronico di alte dosi.

Diagnosi differenziale

Disturbi indotti da stimolanti. L'intossicazione da stimolanti si distingue dagli altri disturbi indotti da stimolanti (per es., disturbo depressivo indotto da stimolanti, disturbo bipolare, disturbo psicotico, disturbo d'ansia) perché la gravità dei sintomi dell'intossicazione eccede quella associata ai disturbi indotti da stimolanti e i sintomi giustificano un'attenzione clinica indipendente. Il delirium da intossicazione da stimolanti si distingue per un disturbo nel livello di consapevolezza e un cambiamento cognitivo.

Altri disturbi mentali. I disturbi mentali significativi associati a intossicazione da stimolanti devono essere distinti dai sintomi di schizofrenia, tipo paranoico; disturbi bipolare e depressivo; disturbo d'ansia generalizzata; e disturbo di panico come descritto nel DSM-5.

Astinenza da stimolanti

Criteri diagnostici

A. Cessazione (o riduzione) dell'uso prolungato di sostanze amfetaminosimili, cocaina o altri stimolanti.

B. Umore disforico e due (o più) dei seguenti cambiamenti fisiologici, che si sviluppano entro poche ore o diversi giorni dopo il Criterio A:

1. Affaticamento.
2. Sogni vividi e spiacevoli.
3. Insonnia o ipersonnia.
4. Aumento dell'appetito.
5. Rallentamento o agitazione psicomotori.

C. I segni o sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, inclusa intossicazione o astinenza da altra sostanza.

Specificare **la sostanza che induce la sindrome da astinenza** (cioè sostanze amfetaminosimile, cocaina o altro stimolante).

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **292.0**. Il codice ICD-10-CM dipende dallo stimolante, se è un'amfetamina, cocaina o un altro stimolante. Il codice ICD-10-CM per l'astinenza da amfetamine o da altri stimolanti è **F15.23** e il codice ICD-10-CM per l'astinenza da cocaina è **F14.23**. Da notare che il codice ICD-10-CM indica la presenza di un disturbo da uso di amfetamine, cocaina o altri stimolanti moderato o grave in comorbilità, a riflettere il fatto che l'astinenza da amfetamine, cocaina o altri stimolanti può verificarsi solo in presenza di un disturbo da uso di amfetamine, cocaina o altri stimolanti moderato o grave. Non è invece concesso codificare l'astinenza da amfetamine, cocaina o altri stimolanti con un disturbo da uso di amfetamine, cocaina o altri stimolanti lieve in comorbilità.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'astinenza da stimolanti è la presenza di una caratteristica sindrome da astinenza che si sviluppa entro poche ore o diversi giorni dopo la cessazione (o la marcata riduzione) dell'uso dello stimolante (generalmente ad alte dosi) che è stato prolungato (Criterio A). La sindrome da astinenza è caratterizzata dallo sviluppo di umore disforico accompagnato da due o più dei seguenti cambiamenti fisiologici: affaticamento, sogni vividi e spiacevoli, insonnia o ipersonnia, aumento dell'appetito e rallentamento o agitazione psicomotori (Criterio B). La bradicardia è spesso presente ed è una misurazione affidabile dell'astinenza da stimolanti.

Anedonia o craving per le sostanze possono essere spesso presenti, ma non fanno parte dei criteri diagnostici. Questi sintomi causano un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C). I sintomi non devono essere attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (Criterio D).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Sintomi di astinenza acuta ("crollo") sono spesso osservati dopo periodi di uso ripetuto ad alte dosi ("sbornie" o "abbuffate"). Questi periodi sono caratterizzati da sensazioni intense e spiacevoli di spossatezza e depressione e aumento dell'appetito, che richiedono generalmente diversi giorni di riposo e recupero. Possono verificarsi sintomi depressivi con ideazione o comportamenti suicidari che sono, generalmente, il problema più serio riscontrato durante i "crolli" o altre forme di astinenza da stimolanti. La maggior parte degli individui con disturbo da uso di stimolanti a un certo punto fa esperienza della sindrome da astinenza e, virtualmente, tutti gli individui con questo disturbo riferiscono tolleranza.

Diagnosi differenziale

Disturbo da uso di stimolanti e altri disturbi indotti da stimolanti. L'astinenza da stimolanti si distingue dal disturbo da uso di stimolanti e da altri disturbi indotti da stimolanti (per es., delirium da intossicazione indotto da stimolanti, disturbo depressivo, disturbo bipolare, disturbo psicotico, disturbo d'ansia, disfunzioni sessuali, disturbo del sonno) perché i sintomi di astinenza predominano la manifestazione clinica e sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Altri disturbi indotti da stimolanti

I seguenti disturbi indotti da stimolanti (che comprendono disturbi indotti da amfetamine, cocaina e altri stimolanti) sono descritti in altri capitoli del manuale assieme ai disturbi con i quali condividono la fenomenologia (si vedano i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci in questi capitoli): disturbo psicotico indotto da stimolanti ("Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici"); disturbo bipolare indotto da stimolanti ("Disturbi bipolari e disturbi correlati"); disturbo depressivo indotto da stimolanti ("Disturbi depressivi"); disturbo d'ansia indotto da stimolanti ("Disturbi d'ansia"); disturbo ossessivo-compulsivo indotto da stimolanti ("Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati"); disturbo del sonno indotto da stimolanti ("Disturbi del sonno-veglia"); e disfunzioni sessuali indotte da stimolanti ("Disfunzioni sessuali"). Per il delirium da intossicazione da stimolanti, si vedano i criteri e la discussione per il delirium nel capitolo "Disturbi neurocognitivi". Questi disturbi indotti da stimolanti vengono diagnosticati al posto dell'intossicazione da stimolanti o dell'astinenza da stimolanti solo quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato agli stimolanti senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato agli stimolanti, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato agli stimolanti o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **292.9**. Il codice ICD-10-CM dipende dallo stimolante, se è un'amfetamina, cocaina o un altro stimolante. Il codice ICD-10-CM per un disturbo correlato ad amfetamine o ad altro stimolante è **F15.99**. Il codice ICD-10-CM per un disturbo correlato a cocaina senza specificazione è **F14.99**.

Disturbi correlati al tabacco

- Disturbo da uso di tabacco
- Astinenza da tabacco
- Altri disturbi indotti da tabacco
- Disturbo correlato al tabacco senza specificazione

Disturbo da uso di tabacco

Criteri diagnostici

A. Un pattern problematico di uso di tabacco che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1. Il tabacco è spesso assunto in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.
2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di tabacco.
3. Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi o usare tabacco.
4. Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di tabacco.
5. Uso ricorrente di tabacco, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa (per es., interferenza con il lavoro).
6. Uso continuato di tabacco nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti di tabacco (per es., discussioni con altri circa l'uso di tabacco).
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di tabacco.
8. Uso ricorrente di tabacco in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso (per es., fumare a letto).
9. Uso continuato di tabacco nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dal tabacco.
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. Un bisogno di quantità marcatamente aumentate di tabacco per ottenere l'effetto desiderato.
    b. Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di tabacco.
11. Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. La caratteristica sindrome da astinenza da tabacco (con riferimento ai Criteri A e B del set dei criteri per l'astinenza da tabacco, p. 670).
    b. Il tabacco (o una sostanza strettamente correlata, come la nicotina) viene assunto per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di tabacco sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di tabacco è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di tabacco", che può essere soddisfatto).

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di tabacco sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di tabacco è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di tabacco", che può essere soddisfatto).

Specificare se:

In terapia agonista: L'individuo sta assumendo un farmaco di mantenimento a lungo termine, come un farmaco sostitutivo della nicotina e nessun criterio per il disturbo da uso di tabacco è stato soddisfatto per quella classe di farmaci (eccetto la tolleranza o l'astinenza dal farmaco sostitutivo della nicotina).

In ambiente controllato: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo si trova in un ambiente dove l'accesso al tabacco è limitato.

Codifica basata sulla gravità attuale: Nota per i codici ICD-10-CM: se vi è anche un'astinenza da tabacco o un disturbo del sonno indotto da tabacco, non usare i codici sotto indicati per disturbo da uso di tabacco. Per contro, il disturbo da uso di tabacco in comorbilità viene indicato nel 4° carattere del codice del disturbo indotto da tabacco (si veda la nota di codifica per astinenza da tabacco o per un disturbo del sonno indotto da tabacco). Per esempio, se vi sono un disturbo del sonno indotto da tabacco e un disturbo da uso di tabacco in comorbilità, viene fornito solo il codice per disturbo del sonno indotto da tabacco, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di tabacco in comorbilità è moderato o grave: F17.208 per disturbo da uso di tabacco moderato o grave con disturbo del sonno indotto da tabacco. Non è invece concesso codificare un disturbo da uso di tabacco lieve con un disturbo del sonno indotto da tabacco in comorbilità.

Specificare la gravità attuale:

305.1 (Z72.0) Lieve: Presenza di 2-3 sintomi.

305.1 (F17.200) Moderata: Presenza di 4-5 sintomi.

305.1 (F17.200) Grave: Presenza di 6 o più sintomi.

Specificatori

"In terapia agonista" si applica come ulteriore specificatore agli individui che sono sotto terapia con altri farmaci per la cessazione dell'uso di tabacco (per es., bupropione, vareniclina) e come ulteriore specificatore di remissione, se l'individuo è sia in remissione sia in terapia agonista. "In ambiente controllato" si applica come ulteriore specificatore di remissione se l'individuo è in remissione e si trova in ambiente controllato (cioè in remissione precoce in ambiente controllato o in remissione protratta in ambiente controllato). Esempi di questi ambienti sono carceri con stretta sorveglianza e dove è escluso l'uso di qualsiasi tipo di sostanza, comunità terapeutiche e unità ospedaliere chiuse.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo da uso di tabacco è comune fra gli individui che usano sigarette e tabacco non da fumo tutti i giorni e non è comune fra gli individui che non usano tabacco quotidianamente o che usano farmaci con nicotina. La tolleranza al tabacco è esemplificata dalla scomparsa di nausea e vertigini dopo ripetute assunzioni e con un più intenso effetto del tabacco la prima volta che viene usato durante il giorno. La cessazione dell'uso di tabacco può provocare una sindrome da astinenza ben definita. Molti individui con disturbo da uso di tabacco usano tabacco per attenuare o evitare i sintomi di astinenza (per es., dopo essere stati in situazioni dove il suo uso è limitato). Molti individui che usano tabacco hanno sintomi fisici o malattie correlati al tabacco e continuano a fumare. La larga maggioranza riferisce craving quando non fuma per diverse ore. Impiegare un tempo eccessivo per usare tabacco può essere esemplificato dall'espressione "catena del fumo" (cioè fumare una sigaretta dopo l'altra senza pause tra le sigarette). Poiché le fonti di tabacco sono facilmente e legalmente disponibili, e poiché l'intossicazione da nicotina è molto rara, impiegare una gran parte del tempo nel tentativo di procurarsi tabacco o per recuperare dai suoi effetti non è comune. L'abbandono di importanti attività sociali, lavorative o ricreative può verificarsi quando un individuo rinuncia a un'attività perché si svolge in aree con uso di tabacco limitato. Raramente l'uso di tabacco è risultato causa di un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo (per es., interferenza con il lavoro, interferenza con impegni familiari),

ma problemi sociali o interpersonali persistenti (per es., discussioni con altri sull'uso di tabacco, evitare situazioni sociali a causa della disapprovazione altrui dell'uso di tabacco) o un uso fisicamente pericoloso (per es., fumare a letto, fumare nelle vicinanze di prodotti chimici infiammabili) si verificano con una prevalenza intermedia. Sebbene questi criteri siano meno spesso manifestati dagli utilizzatori di tabacco, quando manifestati possono indicare un disturbo più grave.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Fumare entro 30 minuti dopo essersi svegliati, fumare ogni giorno, fumare più sigarette al giorno, svegliarsi di notte per fumare, sono fattori associati al disturbo da uso di tabacco. Stimoli ambientali possono provocare craving e astinenza. Spesso si verificano condizioni mediche serie, come il cancro ai polmoni e altre neoplasie, patologie cardiache e polmonari, problemi perinatali, tosse, mancanza di respiro e invecchiamento accelerato della pelle.

Prevalenza

Le sigarette sono il più comune prodotto del tabacco utilizzato, rappresentando oltre il 90% dell'uso di tabacco/nicotina. Negli Stati Uniti, il 57% degli adulti non è mai stato fumatore, il 22% è un ex fumatore e il 21% è attualmente fumatore. Approssimativamente il 20% degli attuali fumatori negli Stati Uniti è un fumatore non quotidiano. La prevalenza dell'uso di tabacco non da fumo è meno del 5% e la prevalenza dell'uso di tabacco da pipa e da sigari è meno dell'1%.

I criteri di dipendenza da nicotina del DSM-IV possono essere utilizzati per stimare la prevalenza del disturbo da uso di tabacco, ma poiché sono un sottoinsieme dei criteri del disturbo da uso di tabacco, la prevalenza del disturbo da uso di tabacco sarà alquanto maggiore. La prevalenza del DSM-IV per la dipendenza da nicotina a 12 mesi, negli Stati Uniti, è del 13% fra gli adulti dai 18 anni in su. I tassi sono simili fra adulti maschi (14%) e femmine (12%) e declinano con l'età, dal 17% nella fascia di età dai 18 ai 29 anni al 4% dai 65 anni in su. La prevalenza della dipendenza da nicotina attuale è maggiore fra i nativi americani e fra i nativi dell'Alaska (23%), rispetto ai bianchi (14%), ma inferiore fra gli afroamericani (10%), asiaticoamericani e isolani del Pacifico (6%) e ispanici (6%). La prevalenza fra i fumatori quotidiani attuali è approssimativamente del 50%.

In molti paesi in via di sviluppo, la prevalenza del fumo è maggiore fra i maschi rispetto alle femmine, ma non è così nei paesi sviluppati. Tuttavia, vi è spesso un ritardo nella transizione demografica, così che il fumo aumenta nelle femmine in un secondo tempo.

Sviluppo e decorso

La maggior parte degli adolescenti, negli Stati Uniti, fa esperienza di uso di tabacco e con i 18 anni il 20% circa fuma almeno una volta al mese. La maggior parte di questi individui diventa utilizzatore quotidiano di tabacco. L'iniziazione al fumo dopo i 21 anni è rara. In generale, alcuni sintomi dei criteri per il disturbo da uso di tabacco si verificano subito dopo l'inizio dell'uso di tabacco e molti pattern di uso individuale soddisfano i criteri attuali per il disturbo da uso di tabacco nella tarda adolescenza. Più dell'80% degli individui che usa tabacco tenta a un certo punto di smettere, ma il 60% ha una ricaduta entro 1 settimana e meno del 5% rimane in astinenza per tutta la vita. Tuttavia, la maggior parte degli individui che usa tabacco compie molteplici tentativi, al punto che la metà degli utilizzatori di tabacco, alla fine, riesce ad astenersi.

Gli individui che usano tabacco e che poi smettono di solito non lo fanno fino a dopo i 30 anni. Sebbene il fumo non quotidiano, negli Stati Uniti, fosse in precedenza raro, è divenuto maggiormente prevalente nell'ultimo decennio, specialmente fra gli individui più giovani che usano tabacco.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Gli individui con tratti di personalità esternalizzanti tendono più facilmente a iniziare a usare tabacco. I bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività e disturbo della condotta, e adulti con disturbi depressivo, bipolare, d'ansia, di personalità, psicotico, da uso di altre sostanze, sono a più alto rischio di iniziare e continuare a usare tabacco e ad avere un disturbo da uso di tabacco.

Fattori ambientali. Individui con basso reddito e bassi livelli di istruzione tendono più facilmente a iniziare a usare tabacco e meno facilmente smettono.

Fattori genetici e fisiologici. Fattori genetici contribuiscono all'esordio dell'uso di tabacco, alla continuazione dell'uso di tabacco e allo sviluppo del disturbo da uso di tabacco, con un grado di ereditarietà equivalente a quello osservato con i disturbi da altre sostanze (cioè circa il 50%). Parte di questo rischio è specifico del tabacco e parte è comune alla vulnerabilità allo sviluppo di un disturbo da uso di qualsiasi sostanza.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Culture e sottoculture variano molto nella loro accettazione dell'uso di tabacco. La prevalenza dell'uso di tabacco ha avuto un declino, negli Stati Uniti, dagli anni '60 fino agli anni '90, ma questa diminuzione è stata meno evidente fra le popolazioni afroamericane e ispaniche. Inoltre, il fumo è maggiormente prevalente nei paesi in via di sviluppo rispetto a quelli sviluppati. Non è chiaro il grado in cui queste differenze culturali siano dovute al reddito, all'educazione e alle attività di controllo del tabacco in un paese. I fumatori bianchi, non ispanici, sembrano più portati a sviluppare il disturbo da uso di tabacco rispetto ad altri fumatori. Alcune differenze etniche possono essere biologicamente fondate. Gli afroamericani maschi tendono ad avere più alti livelli di nicotina nel sangue per un dato numero di sigarette e questo potrebbe contribuire a una maggiore difficoltà di smettere. Anche la velocità di metabolizzazione della nicotina è significativamente differente per i bianchi, se comparati con gli afroamericani, e può variare grazie ai genotipi associati all'appartenenza etnica.

Marker diagnostici

Monossido di carbonio nell'espirato, nicotina e suoi metaboliti della cotinina nel sangue, saliva o urine possono essere utilizzati per misurare l'estensione dell'uso attuale di tabacco o di nicotina; tuttavia, ci sono solo deboli fattori correlati al disturbo da uso di tabacco.

Conseguenze funzionali del disturbo da uso di tabacco

Le conseguenze mediche dell'uso di tabacco spesso iniziano quando gli utilizzatori hanno 40 anni e, di solito, diventano progressivamente più debilitanti nel corso del tempo. La metà dei fumatori che non smette di usare tabacco morirà prematuramente a causa di una malattia correlata al tabacco e la morbilità correlata al fumo si verifica in più della metà degli utilizzatori di tabacco. La maggior parte delle condizioni mediche è il risultato dell'esposizione al monossido di carbonio, a catrami e altri componenti, non

nicotinici, del tabacco. Il maggior fattore predittivo di reversibilità è la durata dell'uso. Il fumo passivo aumenta il rischio di cardiopatie e cancro del 30%. L'uso a lungo termine di farmaci con nicotina non sembra causare alcun danno medico.

Comorbilità

Le più comuni patologie mediche causate dal fumo sono malattie cardiovascolari, malattie polmonari cronico-ostruttive e cancri. Il fumo aumenta anche i problemi perinatali, come il basso peso alla nascita e l'aborto. Le più comuni comorbilità psichiatriche sono disturbi da uso di alcol/sostanze, depressivo, bipolare, d'ansia, di personalità e deficit di attenzione/iperattività. In individui con disturbo da uso di tabacco attuale, la prevalenza di attuali disturbi da alcol, sostanze, disturbo d'ansia, depressivo, bipolare e di personalità, oscilla dal 22 al 32%. I fumatori dipendenti da nicotina hanno 2,7-8,1 volte più probabilità di sviluppare questi disturbi dei fumatori non dipendenti, dei non fumatori o degli ex fumatori.

Astinenza da tabacco 292.0 (F17.203)

Criteri diagnostici

A. Uso quotidiano di tabacco per almeno diverse settimane.

B. Brusca interruzione dell'uso di tabacco, o riduzione della quantità di tabacco usato, seguita, entro 24 ore, da quattro (o più) dei seguenti segni o sintomi:

1. Irritabilità, frustrazione o rabbia.
2. Ansia.
3. Difficoltà di concentrazione.
4. Aumento dell'appetito.
5. Irrequietezza.
6. Umore depresso.
7. Insonnia.

C. I segni o sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione o astinenza da altra sostanza.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è 292.0. Il codice ICD-10-CM per l'astinenza da tabacco è F17.203. Da notare che il codice ICD-10-CM indica la presenza in comorbilità di un disturbo da uso di tabacco moderato o grave, a riflettere il fatto che l'astinenza da tabacco può verificarsi solo in presenza di un disturbo da uso di tabacco moderato o grave. Non è concesso codificare l'astinenza da tabacco con un disturbo da uso di tabacco lieve in comorbilità.

Caratteristiche diagnostiche

I sintomi di astinenza compromettono la capacità di interrompere l'uso di tabacco. I sintomi, dopo l'astinenza da tabacco, sono in gran parte dovuti a deprivazione di nicotina. I sintomi sono molto più intensi fra individui che fumano sigarette o che usano tabacco non da fumo, rispetto a quelli che usano farmaci con nicotina. Questa differenza di intensità dei sintomi è probabilmente dovuta al più rapido esordio e ai livelli più

alti di nicotina che si hanno con il fumo di sigaretta. L'astinenza da tabacco è comune fra gli utilizzatori quotidiani di tabacco che interrompono o riducono l'uso, ma può anche verificarsi fra utilizzatori non quotidiani. Tipicamente, la frequenza cardiaca diminuisce di 5-12 battiti al minuto nei primissimi giorni, dopo aver smesso di fumare, e il peso corporeo aumenta in media di 4-7 lb (2-3 kg) nell'arco del primo anno dopo aver smesso di fumare. L'astinenza da tabacco può generare cambiamenti d'umore clinicamente significativi e compromissione funzionale.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il craving per cibi dolci o zuccherini e la compromissione delle prestazioni nei compiti che richiedono vigilanza sono associati ad astinenza da tabacco. L'astinenza può aumentare la stipsi, la tosse, le vertigini, sogni/incubi, nausea e mal di gola. Il fumo aumenta il metabolismo di molti farmaci utilizzati per il trattamento di disturbi mentali; così, smettere di fumare può aumentare i livelli nel sangue di questi farmaci e questo può produrre esiti clinicamente significativi. Questo effetto sembra sia dovuto non alla nicotina ma piuttosto agli altri componenti del tabacco.

Prevalenza

Circa il 50% degli utilizzatori di tabacco che smettono per 2 o più giorni avranno sintomi che soddisfano i criteri per l'astinenza da tabacco. I segni e sintomi più comunemente manifestati sono ansia, irritabilità e difficoltà di concentrazione. I sintomi meno comunemente manifestati sono depressione e insonnia.

Sviluppo e decorso

L'astinenza da tabacco, di solito, inizia entro 24 ore dall'interruzione o la riduzione dell'uso, con il picco 2-3 giorni dopo l'astinenza, e perdura per 2-3 settimane. I sintomi di astinenza da tabacco possono verificarsi fra gli utilizzatori di tabacco adolescenti, anche prima di giungere a un uso quotidiano del tabacco. Sintomi che si prolungano per oltre 1 mese non sono comuni.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I fumatori con disturbo depressivo, disturbo bipolare, disturbo d'ansia, disturbo da deficit di attenzione/iperattività e da uso di altre sostanze soffrono di astinenza più grave.

Fattori genetici e fisiologici. Il genotipo può influenzare la probabilità di un'ulteriore astinenza subito dopo l'astinenza.

Marker diagnostici

Monossido di carbonio nell'espirato, nicotina e il suo metabolita cotinina nel sangue, saliva o urine possono essere utilizzati per misurare l'estensione dell'uso di tabacco o nicotina ma sono debolmente correlati ad astinenza da tabacco.

Conseguenze funzionali dell'astinenza da tabacco

L'astinenza da sigarette può causare disagio clinicamente significativo e compromettere la capacità di smettere o controllare l'uso di tabacco. Se l'astinenza da tabacco possa indurre o meno un nuovo disturbo mentale o la ricomparsa di un disturbo mentale è discutibile, ma se questo si verifica, sarà certo in un esiguo numero di fumatori.

Diagnosi differenziale

I sintomi dell'astinenza da tabacco si sovrappongono a quelli di sindromi da astinenza da altre sostanze (per es., astinenza da alcol; astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici; astinenza da stimolanti; astinenza da caffeina; astinenza da oppiacei); intossicazione da caffeina; disturbo d'ansia, disturbo depressivo, disturbo bipolare e disturbo del sonno; acatisia indotta da farmaci. Il ricovero in reparti in cui è proibito fumare o lo omettere volontariamente di fumare possono indurre sintomi di astinenza che simulano, intensificano o dissimulano altri disturbi o effetti negativi di farmaci utilizzati per il trattamento di disturbi mentali (per es., l'irritabilità che si pensava dovuta ad astinenza da alcol potrebbe essere dovuta ad astinenza da tabacco). La riduzione dei sintomi attraverso l'uso di farmaci con nicotina conferma la diagnosi.

Altri disturbi indotti da tabacco

Il disturbo del sonno indotto da tabacco viene discusso nel capitolo "Disturbi del sonno-veglia" (si veda "Disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci").

Disturbo correlato al tabacco senza specificazione 292.9 (F17.209)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo correlato al tabacco, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato al tabacco o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.

Disturbi correlati ad altre (o sconosciute) sostanze

- Disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza
- Intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza
- Astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza
- Disturbi indotti da altre (o sconosciute) sostanze
- Disturbo correlato ad altra (o sconosciuta) sostanza senza specificazione

Disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza

Criteri diagnostici

A. Un pattern problematico di uso di una sostanza intossicante non idonea a essere classificata all'interno di queste categorie: alcol; caffeina; cannabis; allucinogeni (fenciclidina e altri); inalanti; oppiacei; sedativi, ipnotici o ansiolitici; stimolanti; o tabacco, che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1. La sostanza è spesso assunta in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.
2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza.
3. Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi la sostanza, usare la sostanza o recuperare dai suoi effetti.
4. Craving, o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza.
5. Uso ricorrente della sostanza, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa.
6. Uso continuato della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza.
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza.
8. Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso.
9. Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza.
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. Un bisogno di quantità marcatamente aumentate della sostanza per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato.
    b. Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di sostanza.
11. Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:
    a. La caratteristica sindrome da astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza (con riferimento ai Criteri A e B dei set di criteri per l'astinenza da altre [o sconosciute] sostanze, p. 678).
    b. La sostanza (o una sostanza strettamente correlata) viene assunta per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza", che può essere soddisfatto).

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più (con l'eccezione del Criterio A4, "Craving, o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza", che può essere soddisfatto).

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo si trova in un ambiente dove l'accesso alla sostanza è limitato.

Codifica basata sulla gravità attuale: Nota per i codici ICD-10-CM: se vi sono anche un'intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza, un'astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza o un disturbo mentale indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, non usare i codici sotto indicati per disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza. Per contro, il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza in comorbilità viene indicato nel 4° carattere del codice del disturbo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza (si veda la nota di codifica per intossicazione da altra [o sconosciuta] sostanza, astinenza da altra [o sconosciuta] sostanza o per uno specifico disturbo mentale indotto da altra [o sco-

nosciuta) sostanza). Per esempio, se vi sono un disturbo depressivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza e un disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza in comorbilità, viene fornito solo il codice per disturbo depressivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza in comorbilità è lieve, moderato o grave: F19.14 per disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza lieve con disturbo depressivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza o F19.24 per disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza moderato o grave con disturbo depressivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza.

Specificare la gravità attuale:

305.90 (F19.10) Lieve: Presenza di 2-3 sintomi.

304.90 (F19.20) Moderata: Presenza di 4-5 sintomi.

304.90 (F19.20) Grave: Presenza di 6 o più sintomi.

Specificatori

"In ambiente controllato" si applica come ulteriore specificatore di remissione se l'individuo è in remissione e si trova in ambiente controllato (cioè in remissione precoce in ambiente controllato o in remissione protratta in ambiente controllato). Esempi di questi ambienti sono carceri con stretta sorveglianza e dove è escluso l'uso di qualsiasi tipo di sostanza, comunità terapeutiche e unità ospedaliere chiuse.

Caratteristiche diagnostiche

La classe diagnostica dei disturbi correlati ad altre (o sconosciute) sostanze comprende disturbi correlati a sostanze non correlate ad alcol; caffeina; cannabis; allucinogeni (fenciclidina e altri); inalanti; oppiacei; sedativi, ipnotici o ansiolitici; stimolanti (comprese amfetamine e cocaina); o tabacco. Tali sostanze comprendono steroidi anabolizzanti; sostanze anti-infiammatorie non steroidee; cortisolo; farmaci anti-parkinsoniani; antistaminici; protossido di azoto; nitriti di amile-butile o isobutile; noce di betel, che viene masticata in molte culture per ottenere lieve euforia e sensazione di galleggiamento; kava (da una pianta del pepe del Sud del Pacifico), che produce sedazione, mancanza di coordinazione, perdita di peso, epatiti lievi e anomalie polmonari; o catinoni (compresi gli agenti della pianta del *khât* e derivati chimici sintetici), che producono effetti stimolanti. I disturbi correlati a sostanze sconosciute sono associati a sostanze non identificate, così come per le intossicazioni nelle quali l'individuo non è in grado di identificare la sostanza ingerita o i disturbi da uso di sostanze che comportano l'uso di droghe nuove del mercato nero non ancora identificate o droghe familiari vendute illegalmente sotto falsi nomi.

Il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza è un disturbo mentale nel quale il ripetuto uso di un'altra (o sconosciuta) sostanza tipicamente continua, nonostante l'individuo sappia che la sostanza gli sta causando problemi seri. Questi problemi si riflettono nei criteri diagnostici. Quando la sostanza è conosciuta, si rifletterà nella denominazione del disturbo per la codifica (per es., disturbo da uso di protossido di azoto).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Una diagnosi di disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza è supportata dalla dichiarazione individuale che la sostanza coinvolta non è tra le nove classi elencate in questo capitolo; con episodi ricorrenti di intossicazione con risultati negativi nelle valutazioni standard (che possono non rintracciare sostanze nuove o raramente usate); o

con la presenza di sintomi caratteristici di una sostanza non identificata che è appena apparsa nella comunità dell'individuo.

A causa dell'aumentato accesso al protossido di azoto ("gas esilarante"), l'appartenenza a certe popolazioni è associata a diagnosi di disturbo da uso di protossido di azoto. Il ruolo di questo gas come agente anestetico porta all'abuso da parte di alcuni medici o dentisti professionisti. Il suo uso quale propellente per prodotti commerciali (per es., distributori di panna montata) contribuisce all'abuso da parte di lavoratori della catena alimentare. Con la recente ampia disponibilità della sostanza in cartucce "per montare" nei distributori di panna montata per uso domestico, l'abuso di protossido di azoto da parte di adolescenti e giovani adulti è attualmente significativo, specialmente fra coloro che inalano anche idrocarburi volatili. Alcuni individui che lo utilizzano in modo continuativo, inalando gas per circa 240 cartucce "per montare" al giorno, possono manifestare complicazioni mediche e condizioni mentali serie, comprese mieloneuropatia, degenerazione combinata subacuta del midollo spinale, neuropatia periferica e psicosi. Queste condizioni sono anche associate a una diagnosi di disturbo da uso di protossido di azoto.

L'uso di gas amile-butile e isobutile nitrito è stato osservato tra maschi omosessuali e alcuni adolescenti, specialmente quelli con disturbo della condotta. L'appartenenza a queste popolazioni può essere associata a una diagnosi di disturbo da uso di nitrito di amile-butile o isobutile. Tuttavia, non è stato determinato se queste sostanze producano un disturbo da uso di sostanza. Nonostante la tolleranza, questi gas possono non alterare il comportamento tramite effetti centrali e possono essere utilizzati solo per i loro effetti periferici.

I disturbi da uso di sostanze generalmente sono associati a elevati rischi di suicidio, ma non vi è evidenza di fattori di rischio unici per il suicidio con disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza.

Prevalenza

Basata su dati estremamente limitati, la prevalenza del disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza è probabilmente inferiore a quella dei disturbi da uso che coinvolgono le nove classi di sostanze elencate in questo capitolo.

Sviluppo e decorso

Nessun pattern singolo di sviluppo o decorso caratterizza la varietà farmacologica dei disturbi da uso di altra (o sconosciuta) sostanza. Spesso i disturbi da uso di sostanze sconosciute verranno riclassificati quando la sostanza sconosciuta viene alla fine identificata.

Fattori di rischio e prognosi

I fattori di rischio e prognosi per i disturbi da uso di altra (o sconosciuta) sostanza si pensa siano simili a quelli della maggior parte dei disturbi da uso di sostanze e comprendono la presenza di qualsiasi altro disturbo da uso di sostanze, disturbo della condotta o disturbo antisociale di personalità nell'individuo o nella famiglia dell'individuo; esordio precoce dei problemi da sostanze; facile disponibilità della sostanza nell'ambiente dell'individuo; traumi o maltrattamenti nell'infanzia; ed evidenza di un limitato, precoce, self-control e di disinibizione comportamentale.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Certe culture possono essere associate a disturbi da uso di altra (o sconosciuta) sostanza perché coinvolgono specifiche sostanze indigene, quali la noce di betel, nell'ambito di culture regionali.

Marker diagnostici

Gli esami dell'urina, dell'espirato o della saliva possono identificare correttamente una sostanza comunemente usata e falsamente venduta come prodotto nuovo. Tuttavia, gli esami clinici di routine non possono in genere identificare veramente le sostanze nuove o desuete, le quali possono richiedere esami in laboratori specializzati.

Diagnosi differenziale

Uso di altra (o sconosciuta) sostanza senza soddisfare i criteri per il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza. L'uso di sostanze sconosciute non è raro fra adolescenti, ma la maggior parte non soddisfa gli standard diagnostici di due o più criteri per il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza nell'anno precedente.

Disturbi da uso di sostanze. Il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza può verificarsi in concomitanza con disturbi da uso di varie sostanze e i sintomi dei disturbi possono essere simili e sovrapporsi. Per districare i pattern dei sintomi è d'aiuto informarsi su quali siano i sintomi che persistevano anche durante i periodi in cui alcune sostanze non venivano utilizzate.

Disturbi indotti da altra (o sconosciuta) sostanza/farmaco. Questa diagnosi dovrebbe essere differenziata dai casi in cui i sintomi dell'individuo soddisfano pienamente i criteri per uno dei seguenti disturbi e quel disturbo è causato da un'altra (o sconosciuta) sostanza: delirium, disturbo neurocognitivo maggiore o lieve, disturbo psicotico, disturbo depressivo, disturbo d'ansia, disfunzione sessuale o disturbo del sonno.

Altre condizioni mediche. Gli individui con disturbi da uso di sostanze, compreso il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza, possono manifestare sintomi di molti disturbi medici. Questi disturbi possono verificarsi anche in assenza di disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza. Una storia di scarso o non uso di altre (o sconosciute) sostanze aiuta a escludere il disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza quale fonte di questi problemi.

Comorbilità

I disturbi da uso di sostanze, compreso il disturbo da uso di altre (o sconosciute) sostanze, sono comunemente in comorbilità uno con l'altro, con il disturbo della condotta degli adolescenti e il disturbo antisociale di personalità degli adulti e con ideazione suicidaria e tentativi di suicidio.

Intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza

Criteri diagnostici

A. Lo sviluppo di una sindrome da sostanza specifica reversibile attribuibile alla recente ingestione (o all'esposizione alla stessa) di una sostanza che non è elencata altrove o è sconosciuta.

B. Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici che sono attribuibili agli effetti della sostanza sul sistema nervoso centrale (per es., compromissione della coordinazione motoria, agitazione o rallentamento psicomotorio, euforia, ansia, litigiosità, labilità dell'umore, compromissione cognitiva, capacità critica compromessa, isolamento sociale) e si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso della sostanza.

C. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è **292.89**. Il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, un disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza in comorbilità. Se vi è un disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza lieve in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F19.129** e se vi è un disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza moderato o grave in comorbilità, il codice ICD-10-CM è **F19.229**. Se non vi è un disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza in comorbilità che coinvolga la stessa sostanza, allora il codice ICD-10-CM è **F19.929**.

Nota: Per informazioni su "Fattori di rischio e prognosi", "Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza" e "Marker diagnostici", si vedano le sezioni corrispondenti nel disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza.

Caratteristiche diagnostiche

L'intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza è un disturbo mentale clinicamente significativo che si sviluppa durante, o subito dopo, l'uso di a) una sostanza non specificata altrove in questo capitolo (cioè alcol; caffeina; cannabis; fenciclidina e altri allucinogeni; inalanti; oppiacei; sedativi, ipnotici o ansiolitici; stimolanti; o tabacco) o di b) una sostanza sconosciuta. Se la sostanza è conosciuta, deve riflettersi nella denominazione del disturbo per la codifica.

L'applicazione dei criteri diagnostici per intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza è molto impegnativa. Il Criterio A richiede lo sviluppo di una "sindrome da sostanza specifica" reversibile, ma se la sostanza è sconosciuta, quella sindrome sarà solitamente sconosciuta. Per risolvere questo conflitto, i clinici possono chiedere all'individuo oppure ottenere una storia collaterale laddove l'individuo abbia fatto esperienza o non abbia fatto esperienza di un episodio simile dopo l'uso di una sostanza con lo stesso nome "di strada" o proveniente dalla stessa fonte. In modo simile, il pronto soccorso ospedaliero talvolta riscontra dopo pochi giorni numerose manifestazioni di una sindrome da intossicazione grave a tipologia non nota, causate da una sostanza di recente disponibilità, prima sconosciuta. A causa della grande varietà di sostanze intossicanti, il Criterio B può fornire solo ampi esempi di segni e sintomi da alcune intossicazioni, senza un limite al numero dei sintomi richiesti per una diagnosi; il giudizio clinico deve guidare queste decisioni. Il Criterio C richiede di escludere altre condizioni mediche, disturbi mentali o intossicazioni.

Prevalenza

La prevalenza dell'intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza non è nota.

Sviluppo e decorso

Le intossicazioni, di solito, compaiono e hanno il loro picco alcuni minuti o alcune ore dopo l'uso della sostanza, ma l'esordio e il decorso variano con la sostanza e la modalità di somministrazione. Generalmente, le sostanze usate con inalazione polmonare e iniezione endovenosa hanno il più rapido esordio d'azione, mentre quelle ingerite per bocca e che richiedono una metabolizzazione per diventare attive sono molto più lente. (Per es., dopo l'ingestione di certi funghi, i primi segni di un'eventuale intossicazione fatale possono non comparire per qualche giorno.) Gli effetti dell'intossicazione di solito si risolvono in alcune ore o pochi giorni. Tuttavia, il corpo può elimina-

re completamente un gas anestetico come il protossido di azoto appena pochi minuti dopo il termine dell'uso. All'altro estremo, alcune sostanze intossicanti "mordi e fuggi" avvelenano il sistema, lasciando compromissioni permanenti. Per esempio, MPTP (1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetraidropiridina), un sottoprodotto contaminante risultante dalla sintesi di certi oppiacei, uccide le cellule dopaminergiche e induce un parkinsonismo permanente negli utilizzatori che hanno cercato l'intossicazione da oppiacei.

Conseguenze funzionali dell'intossicazione da altre (o sconosciute) sostanze

Una compromissione da intossicazione da una qualsiasi sostanza può avere conseguenze serie, compresi una disfunzione al lavoro, rifiuto sociale, problemi nelle relazioni interpersonali, fallimento nell'adempimento degli obblighi di ruolo, incidenti stradali, scontri, comportamenti ad alto rischio (per es., sesso non protetto) e overdose da sostanze o farmaci. Il pattern delle conseguenze varierà per ogni particolare sostanza.

Diagnosi differenziale

Uso di altra (o sconosciuta) sostanza, senza soddisfare i criteri per l'intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza. L'individuo ha utilizzato un'altra/altre (sconosciuta/e) sostanza/e, ma la dose era insufficiente a produrre sintomi che soddisfino i criteri diagnostici richiesti per la diagnosi.

Intossicazione da sostanze o disturbi indotti da altre sostanze/farmaci. Sostanze note possono essere vendute sul mercato illegale come prodotti novità e gli individui possono fare esperienza di intossicazione da queste sostanze. Storia, valutazioni tossicologiche o test ematochimici della sostanza stessa possono aiutare a identificarla.

Differenti tipi di disturbi correlati ad altra (o sconosciuta) sostanza. Possono verificarsi episodi di intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza, ma sono distinti da disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza, disturbo correlato ad altra (o sconosciuta) sostanza senza specificazione e disturbi indotti da altra (o sconosciuta) sostanza.

Altri disturbi tossici, metabolici, traumatici, neoplastici, vascolari o infettivi che compromettono la funzione cerebrale e la cognizione. Numerose condizioni neurologiche e altre condizioni mediche possono generare un rapido esordio di segni e sintomi che simulano quelli delle intossicazioni, compresi gli esempi del Criterio B. Paradossalmente, anche le astinenze da sostanze devono essere escluse perché, per esempio, la letargia può indicare astinenza da una sostanza o intossicazione da un'altra.

Comorbilità

Come per tutti i disturbi correlati a sostanze, il disturbo della condotta negli adolescenti, il disturbo antisociale di personalità negli adulti e i disturbi da uso di altre sostanze tendono a verificarsi in concomitanza con l'intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza.

Astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza 292.0 (F19.239)

Criteri diagnostici

A. Cessazione (o riduzione) dell'uso di una sostanza che è stato pesante e prolungato.

B. Lo sviluppo di una sindrome da sostanza specifica subito dopo la cessazione (o la riduzione) dell'uso della sostanza.

C. La sindrome da sostanza specifica causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. I sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa astinenza da altra sostanza.

E. La sostanza coinvolta non può essere classificata sotto nessuna delle categorie delle altre sostanze (alcol; caffeina; cannabis; oppiacei; sedativi, ipnotici o ansiolitici; stimolanti; o tabacco) o è sconosciuta.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM è 292.0. Il codice ICD-10-CM per astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza è F19.239. Da notare che il codice ICD-10-CM indica la presenza in comorbilità di un disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza moderato o grave. Non è invece concesso codificare un disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza lieve con l'astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza in comorbilità.

Nota: Per informazioni su "Fattori di rischio e prognosi" e "Marker diagnostici", si vedano le sezioni corrispondenti nel disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza.

Caratteristiche diagnostiche

L'astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza è un disturbo mentale clinicamente significativo che si sviluppa durante, o entro poche ore o giorni dopo, la riduzione o la cessazione della dose di una sostanza (Criteri A e B). Sebbene una recente riduzione della dose della sostanza o la cessazione di solito risulti chiara dalla storia, altre procedure diagnostiche sono molto impegnative se la sostanza è sconosciuta. Il Criterio B richiede lo sviluppo di una "sindrome da sostanza specifica" (cioè i segni e sintomi dell'individuo devono corrispondere alla sindrome da astinenza conosciuta per la sostanza che è stata recentemente cessata), una condizione che raramente può essere soddisfatta con una sostanza sconosciuta. Di conseguenza, il giudizio clinico deve guidare simili decisioni quando l'informazione è così limitata. Il Criterio D richiede l'esclusione di altre condizioni mediche, disturbi mentali o astinenze da sostanze note. Quando la sostanza è conosciuta, deve riflettersi nella denominazione del disturbo per la codifica (per es., astinenza da noce di betel)

Prevalenza

La prevalenza dell'astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza non è conosciuta.

Sviluppo e decorso

I segni di astinenza comunemente compaiono qualche ora dopo che l'uso della sostanza è terminato, ma l'esordio e il decorso variano notevolmente, a seconda della dose tipicamente usata dalla persona e dal tasso di eliminazione della specifica sostanza da parte del corpo. Al picco di gravità, i sintomi di astinenza da qualche sostanza comportano solo moderati livelli di malessere, mentre l'astinenza da altre sostanze potrebbe essere fatale. Disforia associata ad astinenza spesso è motivo di ricaduta nell'uso della sostanza. I sintomi di astinenza si riducono lentamente coi giorni, le settimane, i mesi, a seconda della particolare sostanza e delle dosi cui l'individuo diventa tollerante.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Gli aspetti correlati alla cultura di appartenenza nella diagnosi varieranno con ogni particolare sostanza.

Conseguenze funzionali dell'astinenza da altre (o sconosciute) sostanze

L'astinenza da qualsiasi sostanza può avere conseguenze serie, compresi segni e sintomi fisici (per es., malessere, alterazioni dei segni vitali, sofferenza addominale, cefalea), craving intenso per la sostanza, ansia, depressione, agitazione, sintomi psicotici o compromissione cognitiva. Queste conseguenze possono portare a problemi quali disfunzione sul lavoro, problemi nelle relazioni interpersonali, fallimento nell'adempimento degli obblighi di ruolo, incidenti stradali, scontri, comportamento ad alto rischio (per es., avere rapporti sessuali non protetti), tentativi di suicidio e overdose da sostanze o farmaci. Il pattern delle conseguenze varierà con ogni particolare sostanza.

Diagnosi differenziale

Riduzione della dose dopo un dosaggio prolungato, ma senza soddisfare i criteri per l'astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza. L'individuo ha usato altra (o sconosciuta) sostanza, ma la dose utilizzata era insufficiente a produrre sintomi che soddisfino i criteri richiesti per la diagnosi.

Astinenza da sostanze o disturbi indotti da altre sostanze/farmaci. Sostanze note possono essere vendute sul mercato illegale come novità e gli individui possono fare esperienza di astinenza quando sospendono queste sostanze. La storia, le valutazioni tossicologiche o i test ematochimici della sostanza stessa possono aiutare a identificarla.

Differenti tipi di disturbi correlati ad altra (o sconosciuta) sostanza. Episodi di astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza possono verificarsi durante l'uso, ma sono distinti da disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza, disturbi correlati ad altra (o sconosciuta) sostanza senza specificazione, disturbi indotti da altra (o sconosciuta) sostanza senza specificazione.

Altri disturbi tossici, metabolici, traumatici, neoplastici, vascolari o infettivi che compromettono le funzioni cerebrali e la cognizione. Numerose condizioni neurologiche e altre condizioni mediche possono generare un rapido esordio di segni e sintomi che simulano quelli delle astinenze. Paradossalmente, anche le intossicazioni da sostanze devono essere escluse perché, per esempio, la letargia può indicare astinenza da una sostanza o intossicazione da un'altra.

Comorbilità

Come per i disturbi correlati a sostanze, il disturbo della condotta negli adolescenti, il disturbo antisociale di personalità negli adulti e i disturbi da uso di altre sostanze probabilmente sono concomitanti con l'astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza.

Disturbi indotti da altre (o sconosciute) sostanze

Poiché la categoria di altra (o sconosciuta) sostanza è intrinsecamente vaga, l'entità e la gamma dei disturbi indotti sono incerte. Tuttavia, i disturbi indotti da altra (o sconosciuta) sostanza sono possibili e sono descritti in altri capitoli del manuale con

i disturbi con i quali condividono la fenomenologia (si vedano i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci in questi capitoli): disturbo psicotico indotto da altra (o sconosciuta) sostanza ("Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici"); disturbo bipolare indotto da altra (o sconosciuta) sostanza ("Disturbi bipolari e disturbi correlati"); disturbo depressivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza ("Disturbi depressivi"); disturbo d'ansia indotto da altra (o sconosciuta) sostanza ("Disturbi d'ansia"); disturbo ossessivo-compulsivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza ("Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati"); disturbo del sonno indotto da altra (o sconosciuta) sostanza ("Disturbi del sonno-veglia"); disfunzioni sessuali indotte da altra (o sconosciuta) sostanza ("Disfunzioni sessuali"); disturbo neurocognitivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza/farmaci maggiore o lieve ("Disturbi neurocognitivi"). Per il delirium da intossicazione indotta da altra (o sconosciuta) sostanza e il delirium da astinenza indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, si vedano i criteri e la discussione del delirium nel capitolo "Disturbi neurocognitivi". Questi disturbi indotti da altra (o sconosciuta) sostanza vengono diagnosticati al posto dell'intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza o astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza solo quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato ad altra (o sconosciuta) sostanza senza specificazione 292.9 (F19.99)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato ad altra (o sconosciuta) sostanza, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato ad altra (o sconosciuta) sostanza o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze.

Disturbi non correlati a sostanze

Disturbo da gioco d'azzardo 312.31 (F63.0)

Criteri diagnostici

A. Comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato dall'individuo che presenta quattro (o più) delle seguenti condizioni entro un periodo di 12 mesi:

1. Ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata.
2. È irrequieto/a o irritabile se tenta di ridurre o di smettere di giocare d'azzardo.
3. Ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo.

4. È spesso preoccupato/a dal gioco d'azzardo (per es., ha pensieri persistenti che gli/le fanno rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d'azzardo).
5. Spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per es., indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a).
6. Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare ("rincorrere" le proprie perdite).
7. Mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
8. Ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo.
9. Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevare situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo.

B. Il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale.

Specificare se:

Episodico: Soddisfa i criteri diagnostici più di una volta, con sintomi di cedimento fra i periodi di disturbo da gioco d'azzardo almeno per diversi mesi.

Persistente: Fa esperienza di sintomi continui, tali da soddisfare i criteri diagnostici per molteplici anni.

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da gioco d'azzardo sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da gioco d'azzardo è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi.

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da gioco d'azzardo sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da gioco d'azzardo è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più lungo.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Soddisfatti 4-5 criteri.

Moderata: Soddisfatti 6-7 criteri.

Grave: Soddisfatti 8-9 criteri.

Nota: Sebbene alcune condizioni comportamentali che non comportano l'ingestione di sostanze, abbiano similarità con i disturbi correlati a sostanze, solo un disturbo – disturbo da gioco d'azzardo – ha elementi sufficienti per essere compreso in questa sezione.

Specificatori

La gravità si basa sul numero dei criteri manifestati. Individui con disturbo da gioco d'azzardo lieve possono mostrare 4-5 di questi criteri, con i criteri più frequentemente manifestati di solito correlati alla preoccupazione del gioco d'azzardo e a "rincorrere" le perdite. Gli individui con un disturbo da gioco d'azzardo moderato o grave mostrano più criteri (cioè 6-7). Gli individui con la forma più grave mostreranno tutti i – o la maggior parte dei – nove criteri (cioè 8-9). Mettere in pericolo relazioni oppure opportunità di carriera per il gioco d'azzardo e confidare sugli altri per ottenere denaro per le perdite da gioco d'azzardo sono tipicamente i più tardivi dei criteri manifestati e molto spesso si verificano fra gli individui con disturbo da gioco d'azzardo più grave. Inoltre, gli individui che si presentano al trattamento per disturbo da gioco d'azzardo tipicamente hanno forme del disturbo da moderato a grave.

Caratteristiche diagnostiche

Il gioco d'azzardo comporta il rischiare qualcosa di valore nella speranza di ottenere qualcosa di valore maggiore. In molte culture, gli individui scommettono su giochi ed eventi, e la maggior parte lo fa senza avere problemi. Tuttavia, alcuni individui sviluppano una sostanziale compromissione correlata ai loro comportamenti legati al gioco d'azzardo. La caratteristica essenziale del disturbo da gioco d'azzardo è un comportamento disadattivo legato al gioco d'azzardo, persistente o ricorrente, che sconvolge attività familiari, personali e/o professionali (Criterio A). Il disturbo da gioco d'azzardo è definito da un cluster di quattro o più sintomi elencati nel Criterio A che si verificano in qualunque momento nello stesso periodo di 12 mesi.

Si può sviluppare un pattern di "rincorsa delle proprie perdite", con un bisogno urgente di giocare (spesso piazzando scommesse più alte o assumendosi rischi sempre più grandi) per annullare una perdita o una serie di perdite. L'individuo può abbandonare la propria strategia di gioco d'azzardo per tentare di recuperare tutte le perdite in una sola volta. Sebbene alcuni giocatori d'azzardo possano "rincorrere" solo per brevi periodi, è la frequente – e spesso a lungo termine – "rincorsa" la caratteristica del disturbo da gioco d'azzardo (Criterio A6). Gli individui possono mentire ai membri della famiglia, ai terapeuti o ad altri per occultare la portata del coinvolgimento nel gioco d'azzardo; queste forme di frode possono anche comprendere, ma non sono limitate a questo, la copertura di comportamenti illegali quali falsificazione, frode, furto, appropriazione indebita, per ottenere denaro con il quale giocare d'azzardo (Criterio A7). Gli individui possono anche impegnarsi in comportamenti di "salvataggio", rivolgendosi alla famiglia o ad altri per ricevere aiuto in una situazione finanziaria disperata che è stata causata dal gioco d'azzardo (Criterio A9).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Negli individui con disturbo da gioco d'azzardo può essere presente una distorsione del pensiero (per es., negazione, superstizioni, un senso di potere e di controllo sugli esiti degli eventi casuali, eccessiva sicurezza). Molti individui con disturbo da gioco d'azzardo credono che il denaro sia la causa e anche la soluzione dei loro problemi. Alcuni individui con disturbo da gioco d'azzardo sono impulsivi, competitivi, energici, irrequieti e facilmente annoiati; possono essere eccessivamente preoccupati di ottenere l'approvazione degli altri e possono essere generosi fino all'eccesso quando vincono. Altri individui con disturbo da gioco d'azzardo sono depressi e solitari e possono giocare d'azzardo quando si sentono indifesi, colpevoli o depressi. La metà degli individui in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo ha ideazione suicidaria e circa il 17% ha tentato il suicidio.

Prevalenza

Il tasso di prevalenza nell'anno precedente per il disturbo da gioco d'azzardo è circa lo 0,2-0,3% della popolazione generale. Nella popolazione generale, il tasso di prevalenza nell'arco di vita è circa lo 0,4-1,0%. Per le femmine il tasso di prevalenza nell'arco di vita del disturbo da gioco d'azzardo è circa lo 0,2%, per i maschi lo 0,6%. La prevalenza nell'arco di vita del gioco d'azzardo patologico tra gli afroamericani è circa lo 0,9%, fra i bianchi lo 0,4% e fra gli ispanici lo 0,3%.

Sviluppo e decorso

L'esordio del disturbo da gioco d'azzardo può verificarsi durante l'adolescenza o la prima età adulta, ma in altri individui si manifesta durante la mezza età o addirittura la tarda età adulta. Generalmente, il disturbo da gioco d'azzardo si sviluppa nel corso degli anni, sebbene la progressione appaia più rapida nelle femmine che nei maschi. La maggior parte degli individui che sviluppa un disturbo da gioco d'azzardo evidenzia un pattern di gioco d'azzardo che gradualmente aumenta sia in frequenza sia in quantità di scommesse. Sicuramente, le forme più lievi possono sviluppare casi più gravi. La maggior parte degli individui con disturbo da gioco d'azzardo riferisce che uno o due tipi di gioco d'azzardo sono più problematici per loro, sebbene alcuni individui partecipino a tante forme di gioco d'azzardo. Gli individui tendono a impegnarsi in certi tipi di gioco d'azzardo (per es., acquistando biglietti "gratta e vinci" tutti i giorni) più frequentemente che in altri (per es., giocando alle slot-machine o a black-jack al casinò tutte le settimane). La frequenza del gioco d'azzardo può essere correlata più al tipo di gioco d'azzardo che alla gravità complessiva del disturbo da gioco d'azzardo. Per esempio, acquistare un singolo biglietto "gratta e vinci" ogni giorno può non essere problematico, mentre una minor frequenza di casinò, sport o gioco delle carte può essere parte di un disturbo da gioco d'azzardo. In modo simile, la quantità di denaro spesa nelle scommesse non è di per sé indicativa del disturbo da gioco d'azzardo. Alcuni individui possono scommettere migliaia di dollari al mese e non avere problemi di gioco d'azzardo, mentre altri possono scommettere quantità molto più piccole ma fare esperienza di sostanziali difficoltà correlate al gioco d'azzardo.

I pattern di gioco possono essere regolari o episodici e il disturbo da gioco d'azzardo può essere persistente o in remissione. Il gioco d'azzardo può aumentare durante periodi di stress o depressione e durante periodi di uso di sostanze o di astinenza. Ci possono essere periodi di forte gioco d'azzardo e gravi problemi, periodi di totale astinenza e periodi di gioco d'azzardo non problematico. Il disturbo da gioco d'azzardo è a volte associato a remissioni spontanee, a lungo termine. Nonostante ciò, alcuni individui sottostimano la loro vulnerabilità a sviluppare un disturbo da gioco d'azzardo o a ritornare a un disturbo da gioco d'azzardo dopo la remissione. Quando sono in un periodo di remissione, possono erroneamente presumere di non avere problemi a controllare il gioco d'azzardo e di poter anche giocare in qualche forma non problematica, solo per fare esperienza di un ritorno al disturbo da gioco d'azzardo.

La manifestazione precoce di un disturbo da gioco d'azzardo è più comune tra i maschi che tra le femmine. Gli individui che iniziano a giocare d'azzardo da giovani, spesso lo fanno con membri della famiglia o con amici. Lo sviluppo di un disturbo da gioco d'azzardo in età precoce sembra essere associato a impulsività e abuso di sostanze. Molti studenti liceali e universitari che sviluppano il disturbo da gioco d'azzardo in seguito superano il disturbo, sebbene, per taluni, rimanga un problema a vita. L'esordio del disturbo da gioco d'azzardo nella mezza età o nell'età più avanzata è più comune tra le femmine che tra i maschi.

Ci sono variazioni di età e di genere nei tipi di attività di gioco d'azzardo e i tassi di prevalenza di disturbo da gioco d'azzardo. Il disturbo da gioco d'azzardo è più comune tra i giovani e le persone di mezza età che tra gli adulti più anziani. Fra adolescenti e adulti giovani, il disturbo è maggiormente prevalente nei maschi rispetto alle femmine. Gli individui più giovani preferiscono differenti forme di gioco d'azzardo (per es., le scommesse sportive), mentre gli adulti più anziani tendono a sviluppare più problemi con slot-machine e bingo. Sebbene la parte di individui che richiede un trattamento per il disturbo da gioco d'azzardo è piccola in tutte le fasce di età, gli individui più giovani, in modo speciale, tendono a non presentarsi a un trattamento.

Sono più i maschi che tendono a iniziare a giocare d'azzardo precocemente e a essere ancora in giovane età all'esordio di un disturbo da gioco d'azzardo, piuttosto che le femmine, che tendono a iniziare più tardi nella vita a giocare d'azzardo e sviluppare un disturbo da gioco d'azzardo in un lasso di tempo più breve. Le femmine con disturbo da gioco d'azzardo è più probabile che manifestino un disturbo depressivo, disturbo bipolare e disturbo d'ansia, rispetto ai maschi con disturbo da gioco d'azzardo. Le femmine hanno anche un'età maggiore all'esordio del disturbo e richiedono molto prima un trattamento, sebbene i tassi di ricerca del trattamento siano bassi (<10%) fra gli individui con disturbo da gioco d'azzardo, senza considerazione del genere.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Il gioco d'azzardo che inizia nell'infanzia o nella prima adolescenza è associato ad aumento dei tassi di disturbo da gioco d'azzardo. Il disturbo da gioco d'azzardo sembra anche aggregare il disturbo antisociale di personalità, il disturbo depressivo e bipolare e i disturbi da uso di altre sostanze, in particolare i disturbi da uso di alcol.

Fattori genetici e fisiologici. Il disturbo da gioco d'azzardo può unire i familiari e questo effetto sembra correlarsi a entrambi i fattori, ambientale e genetico. I problemi legati al gioco d'azzardo sono più frequenti nei gemelli monozigoti che in quelli dizigoti. Il disturbo da gioco d'azzardo è anche a maggior prevalenza tra parenti di primo grado di individui con disturbo da uso di alcol moderato o grave nella popolazione generale.

Modificatori del decorso. Molti individui, compresi adolescenti e giovani adulti, tendono a risolvere i loro problemi con il disturbo da gioco d'azzardo nel corso del tempo, sebbene un forte fattore predittivo di futuri problemi legati al gioco d'azzardo sia precedente ai problemi legati al gioco d'azzardo.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Individui che provengono da specifiche culture e razze/appartenenze etniche tendono a partecipare di più ad alcuni tipi di attività di gioco d'azzardo rispetto ad altri (per es., pai gow, combattimenti di galli, black-jack, corse di cavalli). I tassi di prevalenza del disturbo da gioco d'azzardo sono più alti tra afroamericani che tra euroamericani, con tassi per gli ispanoamericani simili a quelli degli euroamericani. Le popolazioni indigene hanno alti tassi di prevalenza di disturbo da gioco d'azzardo.

Aspetti diagnostici correlati al genere

I maschi sviluppano il disturbo da gioco d'azzardo con tassi più alti delle femmine, sebbene questo gap di genere possa restringersi. I maschi tendono a scommettere su più forme di gioco d'azzardo rispetto alle femmine, con carte, sport e corse di cavalli quali giochi d'azzardo maggiormente prevalenti fra i maschi, e slot-machine e bingo quali giochi d'azzardo più comuni tra le femmine.

Conseguenze funzionali del disturbo da gioco d'azzardo

Le aree del funzionamento psicosociale, della salute e della salute mentale possono essere influenzate negativamente dal disturbo da gioco d'azzardo. In modo specifico, gli individui con disturbo da gioco d'azzardo possono, a causa del loro coinvolgimento con il gioco d'azzardo, mettere in pericolo o perdere importanti relazioni con membri del-

la famiglia o amici. Tali problemi possono verificarsi a causa delle ripetute bugie dette agli altri per coprire la portata del gioco d'azzardo o a causa della richiesta di denaro che viene poi utilizzato per giocare d'azzardo o per pagare i debiti di gioco. Un impiego o le attività scolastiche possono, allo stesso modo, ricevere un impatto negativo dal disturbo da gioco d'azzardo; l'assenteismo o uno scarso rendimento lavorativo o scolastico si può verificare con il disturbo da gioco d'azzardo, poiché gli individui possono giocare d'azzardo durante le ore di lavoro o di scuola o essere preoccupati per il gioco d'azzardo e le sue conseguenze negative quando invece dovrebbero lavorare o studiare. Gli individui con disturbo da gioco d'azzardo hanno una scarsa salute in generale e utilizzano i servizi medici in maniera rilevante.

Diagnosi differenziale

Gioco senza disturbo. Il disturbo da gioco d'azzardo deve essere distinto dal gioco sociale e professionale. Nel gioco professionale, i rischi sono limitati e la disciplina è fondamentale. Il gioco sociale si verifica tipicamente con amici e colleghi e dura per un periodo di tempo limitato, con perdite accettabili. Alcuni individui possono fare esperienza di problemi associati al gioco (per es., comportamento di "rincorsa" della vincita a breve termine e perdita di controllo) che non soddisfano pienamente i criteri per il disturbo da gioco d'azzardo.

Episodio maniacale. Perdita di capacità critica e giocare d'azzardo in modo eccessivo possono verificarsi durante un episodio maniacale. Una diagnosi aggiuntiva di disturbo da gioco d'azzardo dovrebbe essere posta solo se il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da episodi maniacali (per es., una storia di comportamento disadattivo legato al gioco d'azzardo in tempi diversi dall'episodio maniacale). Alternativamente, un individuo con disturbo da gioco d'azzardo può, durante un periodo di gioco d'azzardo, manifestare un comportamento che ricorda l'episodio maniacale, ma una volta che l'individuo si allontana dal gioco, queste caratteristiche maniacalisimili si dissolvono.

Disturbi di personalità. Problemi con il gioco d'azzardo possono verificarsi in individui con disturbo antisociale di personalità. Se i criteri sono soddisfatti per ambedue i disturbi, entrambi possono essere diagnosticati.

Altre condizioni mediche. Alcuni pazienti che assumono farmaci dopaminergici (per es., per la malattia di Parkinson) possono fare esperienza di spinta a giocare d'azzardo. Se tali sintomi si dissolvono quando i farmaci dopaminergici vengono ridotti di dosaggio o cessati, allora una diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo non dovrebbe essere indicata.

Comorbilità

Il disturbo da gioco d'azzardo è associato a una scarsa salute generale. Inoltre, alcune diagnosi mediche specifiche, come tachicardia e angina, sono più comuni tra individui con disturbo da gioco d'azzardo che nella popolazione generale, anche quando sono sotto controllo per disturbi da uso di altre sostanze, compreso il disturbo da uso di tabacco. Gli individui con disturbo da gioco d'azzardo hanno più alti tassi di comorbilità con altri disturbi mentali, quali il disturbo da uso di sostanze, il disturbo depressivo, i disturbi d'ansia e i disturbi di personalità. In alcuni individui, altri disturbi mentali possono precedere il disturbo da gioco d'azzardo ed essere sia assenti sia presenti durante la manifestazione del disturbo da gioco d'azzardo. Il disturbo da gioco d'azzardo può verificarsi anche prima dell'esordio di altri disturbi mentali, specialmente i disturbi d'ansia e i disturbi da uso di sostanze.

Disturbi neurocognitivi

Il capitolo sui disturbi neurocognitivi (DNC) (definiti nel DSM-IV come "Delirium, Demenza, Disturbi Amnestici e altri Disturbi Cognitivi") si apre con il delirium, seguito dalle sindromi del DNC maggiore, del DNC lieve e dai loro sottotipi eziologici. I sottotipi del DNC maggiore o lieve sono DNC dovuto a malattia di Alzheimer; DNC frontotemporale; DNC a corpi di Lewy; DNC vascolare; DNC dovuto a trauma cranico; DNC indotto da sostanze/farmaci; DNC dovuto a infezione da HIV; DNC dovuto a malattie da prioni; DNC dovuto a morbo di Parkinson; DNC dovuto a malattia di Huntington; DNC dovuto a un'altra condizione medica; DNC dovuto a eziologie molteplici e DNC senza specificazione. La categoria DNC comprende il gruppo di disturbi in cui il deficit clinico primario è nella funzione cognitiva, e che sono acquisiti piuttosto che evolutivi. Anche se i deficit cognitivi sono presenti in molti, se non in tutti, i disturbi mentali (per es., schizofrenia, disturbi bipolari), solo i disturbi le cui caratteristiche di base sono cognitive sono inclusi nella categoria DNC. Nei DNC la compromissione delle funzioni cognitive non si presenta alla nascita o in fasi precoci della vita, e quindi rappresenta un declino rispetto a un livello di funzionamento precedentemente raggiunto.

I DNC costituiscono l'unica categoria di disturbi del DSM-5 in cui la patologia sottostante, e spesso anche l'eziologia, possono potenzialmente essere determinate. Le varie entità patologiche sottostanti sono state oggetto di ricerche approfondite, di valutazione clinica, del consenso di esperti riguardo ai criteri diagnostici. I criteri del DSM-5 per questi disturbi sono stati sviluppati in stretta collaborazione con gruppi di esperti per ciascuna entità diagnostica e allineati il più possibile ai criteri di consenso attuali per ciascuno di essi. Anche l'utilità potenziale di biomarker viene discussa in relazione alla diagnosi. La demenza è sussunta sotto l'entità rinominata *disturbo neurocognitivo maggiore*, anche se non è precluso l'utilizzo del termine *demenza* nei sottotipi eziologici in cui tale termine è standard. Inoltre, il DSM-5 riconosce un livello meno grave di compromissione cognitiva, il *disturbo neurocognitivo lieve*, che può essere oggetto di attenzione, e che nel DSM-IV era incluso nel "Disturbo Cognitivo Non Altrimenti Specificato". Vengono forniti i criteri diagnostici per entrambe queste entità sindromiche, seguiti dai criteri diagnostici per i diversi sottotipi eziologici. Molti dei DNC spesso coesistono e le loro relazioni possono essere caratterizzate in vari modi in diversi paragrafi, tra cui "Diagnosi differenziale" (per es., DNC dovuto a malattia di Alzheimer versus DNC vascolare), "Fattori di rischio e prognosi" (per es., una patologia vascolare aumenta l'espressione clinica della malattia di Alzheimer) e/o "Comorbilità" (per es., patologia vascolare e malattia di Alzheimer miste).

Il termine *demenza* viene mantenuto nel DSM-5 per continuità e può essere utilizzato in contesti in cui medici e pazienti sono abituati a usarlo. Anche se demenza è il termine consueto per disturbi come le demenze degenerative che di solito colpiscono gli anziani, il termine *disturbo neurocognitivo* è ampiamente utilizzato e spesso preferito per quelle condizioni che colpiscono individui più giovani, come nel caso della compromissione secondaria a trauma cranico o a infezione da HIV. Inoltre, la definizione del DNC maggiore è un po' più ampia di quella di *demenza*, in quanto gli individui con un declino significativo in una singola area possono ricevere questa diagnosi, in particolare la categoria del DSM-IV del "Disturbo Amnestico", che ora può essere diagnosticata come DNC maggiore dovuto a un'altra condizione medica e per i quali non dovrebbe essere utilizzato il termine *demenza*.

Domini neurocognitivi

I criteri per i vari DNC sono basati su aree cognitive definite. La Tabella 1 fornisce per ciascuna delle aree chiave una definizione operativa, esempi di sintomi o osservazioni relativi alla compromissione nelle attività quotidiane, ed esempi di valutazioni. Le aree così definite, insieme con le linee guida per le soglie cliniche, costituiscono la base su cui possono essere diagnosticati i DNC, i loro livelli e i loro sottotipi.

Tabella 1 Domini neurocognitivi

Area cognitiva	Esempi di sintomi o osservazioni	Esempi di valutazioni
Attenzione complessa (attenzione mantenuta, attenzione selettiva, attenzione divisa, velocità di elaborazione)	*Maggiore*: Ha difficoltà rilevanti in ambienti con più stimoli (TV, radio, conversazione); è facilmente distratto da eventi che si presentano contemporaneamente nell'ambiente. È incapace di impegnarsi a meno che l'input sia limitato e semplificato. Ha difficoltà a tenere a mente informazioni nuove, come ricordare numeri di telefono o indirizzi appena forniti, o a riferire ciò che gli è stato appena detto. È incapace di eseguire calcoli a mente. Tutta l'attività di pensiero richiede più tempo del solito, e le componenti da elaborare devono essere ridotte a una o poche. *Lieve*: Compiti normali richiedono più tempo rispetto al passato. Comincia a trovare errori nei compiti di routine; trova che il lavoro abbia bisogno di più controlli rispetto al passato. Pensare è più facile quando non è in competizione con altre attività (radio, TV, altre conversazioni, cellulare, guida).	*Attenzione mantenuta:* Mantenimento dell'attenzione nel tempo (per es., premere un pulsante ogni volta che viene emesso un suono per un certo periodo di tempo). *Attenzione selettiva*: Mantenimento dell'attenzione, nonostante stimoli e/o distrattori concorrenti: contare solo le lettere, mentre vengono uditi sia numeri sia lettere. *Attenzione divisa*: Svolgere due compiti nello stesso tempo: tamburellare rapidamente mentre si impara una storia che viene letta. La velocità di elaborazione può essere quantificata in qualsiasi compito cronometrandola (per es., il tempo per ricostruire un disegno con i blocchi; il tempo per abbinare simboli con numeri; velocità di risposta, come la velocità di conteggio).
Funzione esecutiva (pianificazione, processo decisionale, memoria di lavoro, utilizzare feedback/errori, superare abitudini/inibizione, flessibilità mentale)	*Maggiore*: Abbandona i progetti complessi. Ha bisogno di concentrarsi su un compito alla volta. Ha bisogno di fare affidamento sugli altri per pianificare le attività della vita quotidiana o per prendere decisioni. *Lieve*: È richiesto maggiore sforzo per completare progetti in più fasi. Ha difficoltà nel multitasking o nel riprendere un'attività interrotta da un visitatore o da una telefonata. Può lamentarsi di maggiore stanchezza per lo sforzo aggiuntivo richiesto per organizzare, pianificare e prendere decisioni. Può riferire che i grandi eventi sociali sono più gravosi o meno piacevoli a causa del maggior sforzo richiesto per seguire l'alternarsi delle conversazioni.	*Pianificazione*: Capacità di trovare l'uscita in un labirinto; interpretare un'immagine sequenziale o sistemare gli oggetti. *Processo decisionale*: Esecuzione di compiti che valuta il processo decisionale a fronte di alternative concorrenti (per es., gioco d'azzardo simulato). *Memoria di lavoro*: Capacità di conservare le informazioni per un breve periodo e di manipolarle (per es., aggiungere dei numeri a un elenco o ripetere una serie di numeri o di parole all'indietro). *Utilizzare feedback/errori*: Capacità di trarre benefici dai feedback per dedurre le regole per risolvere un problema. *Superare abitudini/inibizione*: Capacità di scegliere una soluzione più complessa e faticosa per non sbagliare (per es., guardare lontano dalla direzione indicata da una freccia, dire il nome del colore del carattere di una parola piuttosto che dire la parola). *Flessibilità mentale/cognitiva*: Capacità di muoversi tra due concetti, compiti o regole di risposta (per es., da numero a lettera, da risposta verbale a rispondere premendo un tasto, da aggiungere numeri a ordinare numeri, da ordinare oggetti in base alle dimensioni a ordinare per colore).

Area cognitiva	Esempi di sintomi o osservazioni	Esempi di valutazioni
Apprendimento e memoria (memoria immediata, memoria recente [tra cui rievocazione libera e rievocazione con indizi, memoria di riconoscimento], memoria a lunghissimo termine [semantica; autobiografica], apprendimento implicito)	*Maggiore*: Si ripete nelle conversazioni, spesso nella stessa conversazione. Non riesce a ricordare un breve elenco di cose da comprare quando fa la spesa o di cose da fare durante la giornata. Richiede frequenti richiami a orientare al compito a portata di mano. *Lieve*: Ha difficoltà a ricordare eventi recenti, e si affida sempre più a liste o al calendario. Ha bisogno di rileggere per ricordare i personaggi di un film o di un romanzo. Occasionalmente può ripetersi nel giro di un paio di settimane con la stessa persona. Non sa quali fatture sono già state pagate. Nota: Tranne nelle forme gravi di disturbo neurocognitivo maggiore, la memoria semantica, la memoria autobiografica e la memoria implicita sono relativamente conservate, rispetto alla memoria recente.	*Capacità di memoria immediata*: Capacità di ripetere un elenco di parole o cifre. Nota: La memoria immediata a volte è compresa nella "memoria di lavoro" (si veda "Funzione esecutiva"). *Memoria recente*: Valuta il processo di codifica di nuove informazioni (per es., elenchi di parole, un racconto breve o diagrammi). Gli aspetti della memoria recente che possono essere testati includono: 1) rievocazione libera (alla persona viene chiesto di ricordare il maggior numero possibile di parole, diagrammi o elementi di una storia), 2) rievocazione con indizi (l'esaminatore aiuta a ricordare, fornendo indizi semantici come "Elencare tutti gli alimenti della lista" o "Nominare tutti i bambini della storia"), e 3) memoria di riconoscimento (l'esaminatore chiede di dettagli specifici, per es., "C'era 'mela' nella lista?" o "Ha visto questo diagramma o figura?"). Altri aspetti della memoria che possono essere valutati includono memoria semantica (memoria per i fatti), memoria autobiografica (memoria per gli eventi personali o le persone) e apprendimento implicito (procedurale) (apprendimento inconscio di competenze).
Linguaggio (linguaggio espressivo [incluso denominare, *word finding*, fluenza, e grammatica e sintassi] e il linguaggio ricettivo)	*Maggiore*: Ha significative difficoltà con il linguaggio espressivo o ricettivo. Spesso utilizza espressioni generiche come "quella cosa" e "sai cosa intendo", e preferisce pronomi generali piuttosto che nomi. Con compromissione grave, può anche non ricordare i nomi di amici e parenti più stretti. Si presentano uso idiosincratico delle parole, errori grammaticali e spontaneità della produzione ed economia delle espressioni. Si verifica spesso stereotipia; ecolalia e discorso automatico tipicamente precedono il mutismo. *Lieve*: Ha notevole difficoltà a trovare le parole (*word finding*). Può utilizzare termini generali al posto di termini specifici. Può evitare l'uso dei nomi propri dei conoscenti. Gli errori grammaticali riguardano l'omissione o l'utilizzo non corretto di articoli, preposizioni, verbi ausiliari ecc.	*Linguaggio espressivo*: Identificazione di oggetti o immagini per confronto; fluenza (per es., nominare il maggior numero di oggetti possibile in una categoria semantica [per es., gli animali] o fonemica [per es., parole che iniziano con la "f"] in 1 minuto). *Grammatica e sintassi* (per es., omissione o uso errato di articoli, preposizioni, verbi ausiliari): Errori osservati durante i test di denominazione e fluenza sono confrontati con la norma per valutare la frequenza degli errori e confrontarli con i normali lapsus. *Linguaggio ricettivo*: Comprensione (compiti di definizione della parola e indicazione dell'oggetto che coinvolgono stimoli animati e inanimati): esecuzione di azioni/attività in accordo con comandi verbali.

Percettivo-motoria (include abilità comprese in termini di *percezione visiva*, *visuo-costruttiva*, *percettivo-motoria*, *prassi* e *gnosi*)	*Maggiore*: Ha difficoltà rilevanti con attività precedentemente familiari (usare strumenti, guidare veicoli a motore) e a muoversi in ambienti familiari; è spesso più confuso al crepuscolo, quando le ombre e i livelli di luce più bassi cambiano le percezioni. *Lieve*: Può aver bisogno di affidarsi a mappe o ad altri per le direzioni. Utilizza appunti e segue gli altri per raggiungere un posto nuovo. Si può perdere o vagare in giro quando non si concentra su un compito. È meno preciso nel parcheggiare. Ha bisogno di fare uno sforzo maggiore per le attività spaziali come la carpenteria, l'assemblaggio, il cucito o lavorare a maglia.	*Percezione visiva*: Compiti di bisezione di linee possono essere utilizzati per rilevare difetti visivi di base o neglect attentivo. Compiti percettivi non motori (compreso il riconoscimento facciale) richiedono l'identificazione e/o l'accoppiamento di figure, meglio quando le attività non possono essere mediate verbalmente (per es., le figure non sono oggetti); alcuni richiedono la decisione se una figura può essere, o non essere, "reale" basandosi sulla dimensionalità. *Visuo-costruttiva*: Assemblaggio di elementi che richiedono coordinazione occhio-mano, come il disegno, la copia e l'assemblaggio di blocchi. *Percettivo-motoria*: Integrare la percezione con il movimento intenzionale (per es., l'inserimento di blocchi in una tavola sagomata, senza riferimenti visivi; inserire rapidamente pioli in un bordo scanalato). *Prassi*: Integrità dei movimenti appresi, come per es. la capacità di imitare i gesti (salutare con la mano) o mimare l'uso di oggetti ("Fammi vedere come si usa un martello"). *Gnosi*: Integrità percettiva della consapevolezza e del riconoscimento, come il riconoscimento di volti e colori.
Cognizione sociale (riconoscimento delle emozioni, teoria della mente)	*Maggiore*: Comportamento chiaramente fuori da un range sociale accettabile; mostra insensibilità alle norme sociali di decoro nel vestire o nel parlare di argomenti politici, religiosi o sessuali. Si concentra troppo su un argomento nonostante il disinteresse del gruppo o un feedback diretto. Intenzione comportamentale senza riguardo per la famiglia o gli amici. Prende decisioni senza tener conto della sicurezza (per es., abbigliamento inadeguato al clima o all'ambiente sociale). In genere, si rende poco conto di tali cambiamenti. *Lieve*: Ha sottili cambiamenti nel comportamento o nell'atteggiamento, spesso descritto come un cambiamento di personalità, come per es. una minore capacità di riconoscere segnali sociali o leggere le espressioni facciali, riduzione dell'empatia, maggiore estroversione o introversione, inibizione diminuita, o apatia o irrequietezza episodiche o lievi.	*Riconoscimento delle emozioni*: Identificazione delle emozioni in immagini di volti che rappresentano una varietà di emozioni positive e negative. *Teoria della mente*: Capacità di prendere in considerazione lo stato mentale o l'esperienza di un'altra persona (pensieri, desideri, intenzioni) – *story cards* con domande per ottenere informazioni sullo stato mentale degli individui ritratti, come "La ragazza, dove cercherà la borsa che ha perso?" o "Perché il ragazzo è triste?".

Delirium

Criteri diagnostici

A. Un'alterazione dell'attenzione (cioè ridotta capacità di dirigere, focalizzare, mantenere e spostare l'attenzione) e della consapevolezza (ridotta capacità di orientamento nell'ambiente).

B. L'alterazione si sviluppa in un periodo di tempo breve (generalmente da ore ad alcuni giorni), rappresenta un cambiamento rispetto al livello base dell'attenzione e della consapevolezza, e tende a presentare fluttuazioni della gravità nel corso della giornata.

C. Una ulteriore modificazione cognitiva (per es., deficit di memoria, disorientamento, linguaggio, capacità visuo-spaziale o percezione).

D. Le alterazioni dei Criteri A e C non sono meglio spiegate da un altro disturbo neurocognitivo preesistente, stabile o in evoluzione e non si verificano nel contesto di un livello di attivazione gravemente ridotto, come il coma.

E. Vi sono evidenze, fondate sull'anamnesi, sull'esame fisico o sugli esami di laboratorio, che l'alterazione è la conseguenza fisiologica diretta di un'altra condizione medica, di intossicazione da sostanze o di astinenza (cioè dovuta a sostanze di abuso o a farmaci), o di esposizione a una tossina, oppure è dovuta a eziologie molteplici.

Specificare quale:

Delirium da intossicazione da sostanze: Questa diagnosi dovrebbe essere posta in luogo di una diagnosi di intossicazione o astinenza da una sostanza solo quando i sintomi del Criterio A predominano nel quadro clinico e sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica.

Nota di codifica: I codici ICD-9-CM e ICD-10-CM per il delirium da intossicazione da [specifica sostanza] sono indicati nella tabella sottostante. Da notare che il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, in comorbilità un disturbo da uso di sostanze per la stessa classe di sostanze. Se vi è un disturbo da uso di sostanze lieve in comorbilità con il delirium da intossicazione da sostanze, il carattere in 4ª posizione è "1" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] lieve" prima del delirium da intossicazione da sostanze (per es., "disturbo da uso di cocaina lieve con delirium da intossicazione da cocaina"). Se vi è un disturbo da uso di sostanze moderato o grave in comorbilità con il delirium da intossicazione da sostanze, il carattere in 4ª posizione è "2" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] moderato" o "disturbo da uso di [sostanza] grave", a seconda della gravità del disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Se non vi è un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., dopo l'uso pesante della sostanza, avvenuto una sola volta), allora il carattere in 4ª posizione è "9" e il clinico dovrebbe registrare soltanto il delirium da intossicazione da sostanze.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Con disturbo da uso, lieve	Con disturbo da uso, moderato o grave	Senza disturbo da uso
Alcol	291.0	F10.121	F10.221	F10.921
Cannabis	292.81	F12.121	F12.221	F12.921
Fenciclidina	292.81	F16.121	F16.221	F16.921

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Con disturbo da uso, lieve	Con disturbo da uso, moderato o grave	Senza disturbo da uso
Altro allucinogeno	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Inalanti	292.81	F18.121	F18.221	F18.921
Oppiacei	292.81	F11.121	F11.221	F11.921
Sedativi, ipnotici o ansiolitici	292.81	F13.121	F13.221	F13.921
Amfetamina (o altro stimolante)	292.81	F15.121	F15.221	F15.921
Cocaina	292.81	F14.121	F14.221	F14.921
Altra (o sconosciuta) sostanza	292.81	F19.121	F19.221	F19.921

Delirium da astinenza da sostanze: Questa diagnosi dovrebbe essere posta in luogo di una diagnosi di astinenza da sostanze, quando i sintomi nei Criteri A e C predominano nel quadro clinico e quando sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica.

Codificare delirio da astinenza da [specifica sostanza]: **291.0 (F10.231)** alcol; **292.0 (F11.23)** oppiacei; **292.0 (F13.231)** sedativi, ipnotici o ansiolitici; **292.0 (F19.231)** altra (o sconosciuta) sostanza/farmaco.

Delirium indotto da farmaci: Questa diagnosi si applica quando i sintomi dei Criteri A e C sono un effetto collaterale di un farmaco assunto come da prescrizione medica.

Nota di codifica: Il codice ICD-9-CM per delirium indotto da [specifico farmaco] è **292.81**. Il codice ICD-10-CM dipende dal tipo di farmaco. Se il farmaco è un oppiaceo assunto come da prescrizione medica, il codice è **F11.921**. Se il farmaco è un sedativo, ipnotico o ansiolitico assunto come da prescrizione medica, il codice è **F13.921**. Se il farmaco è una simil-amfetamina o un altro stimolante assunto come da prescrizione medica, il codice è **F15.921**. Per i farmaci che non rientrano in nessuna delle classi (per es., desametasone) e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico, ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, il codice è **F19.921**.

293.0 (F05) Delirium dovuto a un'altra condizione medica: Ci sono evidenze, fondate sull'anamnesi, sull'esame fisico o sugli esami di laboratorio che l'alterazione è attribuibile alle conseguenze fisiologiche di un'altra condizione medica.

Nota di codifica: Includere il nome dell'altra condizione medica nel nome del delirium (per es., 293.0 [F05] delirium dovuto a encefalopatia epatica). L'altra condizione medica dovrebbe essere codificata ed elencata separatamente immediatamente prima del delirium dovuto a un'altra condizione medica (per es., 572.2 [K72.90] encefalopatia epatica; 293.0 [F05] delirium dovuto a encefalopatia epatica).

293.0 (F05) Delirium dovuto a eziologie molteplici: Ci sono evidenze, fondate sull'anamnesi, sull'esame fisico o sugli esami di laboratorio che il delirium ha più di un'eziologia (per es., più di una condizione eziologica medica; un'altra condizione medica più intossicazione da sostanze o reazioni avverse ai farmaci).

Nota di codifica: Utilizzare più codici distinti che riflettono le specifiche eziologie del delirium (per es., 572.2 [K72.90] encefalopatia epatica, 293.0 [F05] delirium dovuto a insufficienza epatica; 291.0 [F10.231] delirium da astinenza da alcol).

Si noti che la condizione eziologica medica compare come codice separato che precede il codice del delirium e che viene sostituita nella diagnosi del delirium dovuto a un'altra condizione medica.

Specificare se:

Acuto: Della durata di poche ore o giorni.

Persistente: Della durata di settimane o mesi.

Specificare se:

Livello di attività iperattivo: L'individuo ha un livello iperattivo di attività psicomotoria che può essere accompagnato da labilità dell'umore, agitazione e/o rifiuto di collaborare con le cure mediche.

Livello di attività ipoattivo: L'individuo ha un livello ipoattivo di attività psicomotoria che può essere accompagnato da lentezza e letargia che si avvicina al torpore.

Livello di attività misto: L'individuo ha un normale livello di attività psicomotoria, anche se l'attenzione e la consapevolezza sono disturbate. Comprende anche le persone il cui livello di attività oscilla rapidamente.

Procedure di registrazione

Delirium da intossicazione da sostanze

ICD-9-CM. La denominazione del delirium da intossicazione da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., cocaina, desametasone) che si presume sia la causa del delirium. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che è basata sulle classi di droghe. Per le sostanze che non rientrano in nessuna delle classi (per es., desametasone), dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze"; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico, ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

La denominazione del disturbo è seguita dal decorso (cioè acuto, persistente), seguito dallo specificatore che indica il livello dell'attività psicomotoria (cioè livello di attività iperattivo, ipoattivo, misto). A differenza delle procedure di registrazione dell'ICD-10-CM, che combinano il delirium da intossicazione da sostanze/farmaci e il disturbo da uso di sostanze, per l'ICD-9-CM viene assegnato un codice diagnostico separato per il disturbo da uso di sostanze. Per esempio, nel caso del delirium da intossicazione acuto iperattivo che si verifica in un uomo con un disturbo da uso di cocaina grave, la diagnosi è 292.81 delirium da intossicazione da cocaina, acuto, iperattivo. Viene attribuita anche una diagnosi aggiuntiva di 304.20 disturbo da uso di cocaina grave. Se il delirium da intossicazione si presenta senza comorbilità con il disturbo da uso di sostanze (per es., uso pesante della sostanza, avvenuto una sola volta), non viene annotato alcun disturbo da uso di sostanza in aggiunta (per es., 292.81 delirium da intossicazione da fenciclidina, acuto, ipoattivo).

ICD-10-CM. La denominazione del delirium da intossicazione da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., cocaina, desametasone) che si presume sia la causa del delirium. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che è basata sulle classi di droghe e sulla presenza o assenza di un disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Per le sostanze che non rientrano in nessuna delle classi (per es., desametasone), dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze"; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico, ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

Quando si registra la denominazione del disturbo, il disturbo da uso di sostanze in comorbilità (se presente) viene elencato per primo, seguito dal termine *con*, seguito dalla denominazione del delirium da intossicazione da sostanze, seguito dal decorso (per es., acuto, persistente), seguito dallo specificatore che indica il livello dell'attività psicomotoria (cioè livello di attività iperattivo, ipoattivo, misto). Per esempio, nel caso del delirium da intossicazione acuto iperattivo che si verifica in un uomo con un disturbo da uso di cocaina grave, la diagnosi è F14.221 disturbo da intossicazione da cocaina grave con delirium da intossicazione da cocaina, acuto, iperattivo. Non viene attribuita una diagnosi separata del disturbo da uso di cocaina grave in comorbilità. Se il delirium da intossicazione si verifica senza un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., dopo l'uso pesante della sostanza, avvenuto una sola volta), non viene annotato nessun disturbo da uso di sostanze concomitante (per es., F16.921 delirium da intossicazione da fenciclidina, acuto, ipoattivo).

Delirium da astinenza da sostanze

ICD-9-CM. La denominazione del delirium da astinenza da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., alcol) che si presume sia la causa del delirium da astinenza. Il codice diagnostico viene selezionato dai codici specifici per la sostanza inclusi nella nota di codifica presente nel set di criteri. Il nome del disturbo è seguito dal decorso (cioè acuto, persistente), seguito dallo specificatore che indica il livello dell'attività psicomotoria (cioè livello di attività iperattivo, ipoattivo, misto). A differenza delle procedure di registrazione dell'ICD-10-CM, che combinano il delirium da astinenza da sostanze/farmaci e il disturbo da uso di sostanze, per l'ICD-9-CM viene assegnato un codice diagnostico separato per il disturbo da astinenza da sostanze. Per esempio, nel caso del delirium da astinenza acuto iperattivo che si verifica in un uomo con un disturbo da uso di alcol grave, la diagnosi è 291.0 delirium da astinenza da alcol, acuto, iperattivo. Viene attribuita una diagnosi aggiuntiva di 303.90 disturbo da uso di alcol grave.

ICD-10-CM. La denominazione del delirium da astinenza da sostanze/farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., alcol) che si presume sia la causa del delirium da astinenza. Il codice diagnostico viene selezionato dai codici specifici per la sostanza inclusi nella nota di codifica presente nel set di criteri. Quando si registra la denominazione del disturbo, il disturbo da uso di sostanze moderato o grave in comorbilità (se presente) viene elencato per primo, seguito dal termine *con*, seguito da delirium da astinenza da sostanze, seguito dal decorso (per es., acuto, persistente), seguito dallo specificatore che indica il livello dell'attività psicomotoria (cioè livello di attività iperattivo, ipoattivo, misto). Per esempio, nel caso del delirium da astinenza acuto iperattivo che si verifica in un uomo con un disturbo da uso di alcol grave, la diagnosi è F10.231 disturbo da uso di alcol grave con delirium da astinenza da alcol, acuto, iperattivo. Non viene attribuita una diagnosi separata per il disturbo da uso di alcol grave in comorbilità.

Delirium indotto da farmaci. La denominazione del delirium indotto da farmaci contiene il nome della sostanza specifica (per es., desametasone) che si presume sia la causa del delirium. Il nome del disturbo è seguito dal decorso (cioè acuto, persistente), seguito dallo specificatore che indica il livello dell'attività psicomotoria (cioè livello di attività iperattivo, ipoattivo, misto). Per esempio, nel caso del delirium indotto da farmaci acuto iperattivo che si verifica in un uomo che usa desametasone come da prescrizione medica, la diagnosi è 292.81 (F19.921) delirium indotto da desametasone, acuto, iperattivo.

Specificatori

Per quanto riguarda il decorso, in ambito ospedaliero, il delirium di solito dura circa 1 settimana, ma alcuni sintomi spesso persistono anche dopo che gli individui sono stati dimessi dall'ospedale. Gli individui con delirium possono passare velocemente da uno stato iperattivo a uno ipoattivo e viceversa. Lo stato iperattivo può essere più comune o riconosciuto con maggiore frequenza e spesso è associato a reazioni avverse ai farmaci e astinenza da sostanza. Lo stato ipoattivo può essere più frequente negli adulti anziani.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del delirium è un'alterazione dell'attenzione o della consapevolezza che è accompagnata da un cambiamento nella capacità cognitiva iniziale che non può essere meglio spiegata da un disturbo neurocognitivo (DNC) preesistente o in evoluzione. Il disturbo dell'attenzione (Criterio A) si manifesta con ridotta capacità di dirigere, focalizzare, mantenere e spostare l'attenzione. Le domande devono essere ripetute perché l'attenzione della persona vaga, oppure l'individuo può perseverare con una risposta a una domanda precedente, piuttosto che spostare l'attenzione in maniera adeguata. L'individuo è facilmente distratto da stimoli irrilevanti. L'alterazione della consapevolezza si manifesta con un ridotto orientamento nell'ambiente o, a volte, anche verso se stessi.

L'alterazione si sviluppa in un periodo di tempo breve, generalmente da ore a pochi giorni, e tende a fluttuare nel corso della giornata, spesso con un peggioramento la sera e la notte quando gli stimoli esterni per orientarsi diminuiscono (Criterio B). Ci sono evidenze, fondate sull'anamnesi, sull'esame fisico o sugli esami di laboratorio, che il delirium è la conseguenza fisiologica di una condizione medica sottostante, dell'intossicazione o dell'astinenza da sostanze, dell'uso di un farmaco, o dell'esposizione a una tossina, o della combinazione di questi fattori (Criterio E). L'eziologia deve essere codificata secondo il sottotipo eziologicamente appropriato (cioè intossicazione da sostanze/farmaci, astinenza da sostanze, altra condizione medica, eziologie molteplici). Il delirium spesso si verifica nel contesto di un DNC sottostante. La funzione cerebrale compromessa degli individui con DNC lieve e grave li rende più vulnerabili al delirium.

C'è una modificazione aggiuntiva in almeno un'altra area che può includere memoria e apprendimento (in particolare memoria recente), disorientamento (in particolare rispetto al tempo e allo spazio), alterazione del linguaggio, o distorsione percettiva o un disturbo percettivo-motorio (Criterio C). Le alterazioni percettive che accompagnano il delirium includono interpretazioni errate, illusioni o allucinazioni; queste alterazioni sono tipicamente visive, ma possono verificarsi anche con altre modalità, e vanno dal semplice e uniforme all'estremamente complesso. Normale attenzione/arousal, delirium e coma si trovano su un continuum, in cui il coma è definito come l'assenza di risposta agli stimoli verbali. La possibilità di valutare le funzioni cognitive per diagnosticare il delirium dipende dall'esistenza di un livello di arousal sufficiente perché vi sia risposta alla stimolazione verbale; di conseguenza, il delirium non dovrebbe essere diagnosticato nel contesto del coma (Criterio D). Molti pazienti non comatosi hanno un livello ridotto di arousal. Quei pazienti che mostrano solo risposte minime alla stimolazione verbale non sono in grado di affrontare le prove dei test standardizzati o addirittura un colloquio. Questa incapacità dovrebbe essere classificata come grave inattenzione. Condizioni di basso arousal (di esordio acuto) devono essere riconosciute come indicative di grave inattenzione e cambiamento cognitivo, e quindi di delirium. Sono indistinguibili dal punto di vista clinico dal delirium diagnosticato sulla base di inattenzione o cambiamento cognitivo rilevato attraverso test cognitivi e colloquio.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il delirium è spesso associato con un'alterazione del ritmo sonno-veglia. Questa alterazione può comportare sonnolenza diurna, agitazione notturna, difficoltà di addormentamento, eccessiva sonnolenza durante il giorno o veglia durante la notte. In alcuni casi, può manifestarsi una totale inversione del ritmo sonno-veglia giorno-notte. Le alterazioni del ciclo sonno-veglia sono molto comuni nel delirium e sono state proposte come criterio fondamentale per la diagnosi.

L'individuo con delirium può presentare turbe emotive, come ansia, paura, depressione, irritabilità, rabbia, euforia e apatia. Vi possono essere rapidi e imprevedibili passaggi da uno stato emotivo all'altro. Lo stato emotivo disturbato può manifestarsi in richieste d'aiuto ad alta voce, grida, imprecazioni, borbottii, gemiti o emissione di altri suoni. Questi comportamenti sono prevalenti soprattutto di notte e in condizioni in cui non ci sono stimolazione e indizi ambientali.

Prevalenza

La prevalenza del delirium è più alta tra gli individui più anziani ospedalizzati e varia a seconda delle caratteristiche degli individui, del setting di cura e della sensibilità del metodo di rilevazione. La prevalenza del delirium nella popolazione totale è bassa (1-2%), ma aumenta con l'età, raggiungendo il 14% tra gli individui di età superiore a 85 anni. La prevalenza è del 10-30% nei soggetti anziani che si rivolgono al pronto soccorso, dove il delirium indica spesso una malattia medica.

La prevalenza del delirium quando gli individui sono ricoverati in ospedale varia dal 14 al 24%, e le stime di incidenza di delirium che si manifesta durante l'ospedalizzazione variano dal 6 al 56% nella popolazione ospedaliera generale. Il delirium si manifesta nel 15-53% degli individui anziani dopo un intervento e nel 70-87% di quelli in terapia intensiva. Il delirium si manifesta nel 60% degli individui ricoverati in case di cura o in contesti di cura post-acuti e fino all'83% di tutti gli individui nelle fasi finali della vita.

Sviluppo e decorso

Mentre la maggior parte degli individui con delirium ha un recupero completo con o senza trattamento, il riconoscimento precoce e l'intervento di solito accorciano la sua durata. Il delirium può progredire fino a stupor, coma, crisi epilettiche o morte, in particolare se la causa sottostante rimane non trattata. La mortalità tra gli individui ricoverati in ospedale con delirium è elevata e ben il 40% degli individui con delirium, in particolare quelli con neoplasie e altre malattie mediche sottostanti significative, muore entro un anno dopo la diagnosi.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Il delirium può peggiorare nel contesto di compromissione funzionale, immobilità, una storia di cadute, bassi livelli di attività, e l'uso di droghe e farmaci con proprietà psicoattive (in particolare alcol e anticolinergici).

Fattori genetici e fisiologici. Sia il DNC maggiore sia il DNC lieve possono aumentare il rischio di delirium e complicarne il decorso. I soggetti più anziani sono particolarmente esposti al delirium rispetto ai più giovani. La possibilità di sviluppare un delirium nella prima infanzia e nell'infanzia può essere maggiore rispetto a quella nella prima e media età adulta. Nell'infanzia, il delirium può essere correlato con malattie febbrili e con alcuni farmaci (per es., anticolinergici).

Marker diagnostici

Oltre ai risultati di laboratorio caratteristici delle condizioni mediche sottostanti (o stati di intossicazione o di astinenza), vi è spesso un rallentamento diffuso all'elettroencefalogramma e si trova occasionalmente attività rapida (per es., in alcuni casi di delirium da astinenza da alcol). Tuttavia, l'elettroencefalografia non è sufficientemente sensibile e specifica per l'uso diagnostico.

Conseguenze funzionali del delirium

Il delirium stesso è associato all'incremento del declino funzionale e al rischio di istituzionalizzazione. Gli individui ospedalizzati, sopra i 65 anni, con delirium hanno un rischio di istituzionalizzazione tre volte superiore, e un declino funzionale circa tre volte superiore rispetto ai pazienti ospedalizzati senza delirium sia alla dimissione sia 3 mesi dopo la stessa.

Diagnosi differenziale

Disturbi psicotici e disturbi bipolari e depressivi con caratteristiche psicotiche. Il delirium caratterizzato da allucinazioni vivide, deliri, alterazioni del linguaggio e agitazione deve essere distinto dal disturbo psicotico breve, dalla schizofrenia, dal disturbo schizofreniforme e da altri disturbi psicotici, così come da disturbi bipolari e depressivi con caratteristiche psicotiche.

Disturbo da stress acuto. Il delirium associato a paura, ansia e sintomi dissociativi, come la depersonalizzazione, deve essere distinto dal disturbo da stress acuto, che è causato da esposizione a un evento fortemente traumatico.

Simulazione e disturbo fittizio. Il delirium può essere distinto da questi disturbi, sulla base del quadro sintomatologico spesso atipico nella simulazione e nel disturbo fittizio e sull'assenza di un'altra condizione medica o di una sostanza eziologicamente correlata all'alterazione cognitiva riscontrata.

Altri disturbi neurocognitivi. Il problema diagnostico-differenziale più comune quando si valuta la confusione negli anziani è distinguere i sintomi del delirium e quelli della demenza. Il clinico deve determinare se l'individuo ha un delirium; un delirium sovrapposto a un pre-esistente DNC, come quello dovuto a malattia di Alzheimer; o un DNC senza delirium. La tradizionale distinzione tra delirium e demenza in base alla acutezza dell'esordio e al decorso temporale è particolarmente difficile in quegli individui anziani che hanno avuto un precedente DNC non diagnosticato o che sviluppano decadimento cognitivo persistente a seguito di un episodio di delirium.

Delirium con altra specificazione 780.09 (R41.0)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del delirium, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per il delirium o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi neurocognitivi. La categoria delirium con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per il delirium o per nessuno specifico disturbo neurocognitivo. Questo viene fatto registrando "delirium con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "sindrome di delirium attenuato").

Un esempio di manifestazione che può essere specificata utilizzando la dicitura "con altra specificazione" è il seguente:

Sindrome di delirium attenuato: Questa sindrome si applica nei casi di delirium in cui la gravità della compromissione cognitiva è inferiore a quella richiesta per la diagnosi, o in cui alcuni, ma non tutti, i criteri diagnostici per il delirium sono soddisfatti.

Delirium senza specificazione 780.09 (R41.0)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del delirium, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per il delirium o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi neurocognitivi. La categoria delirium senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per il delirium non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Disturbi neurocognitivi maggiori e lievi

Disturbo neurocognitivo maggiore

Criteri diagnostici

A. Evidenza di un significativo declino cognitivo da un precedente livello di prestazioni in uno o più domini cognitivi (attenzione complessa, funzione esecutiva, apprendimento e memoria, linguaggio, funzione percettivo-motoria o cognizione sociale) basato su:

1. Preoccupazione dell'individuo, di un informatore attendibile o del clinico che vi è stato un significativo declino delle funzioni cognitive; e
2. Una significativa compromissione della performance cognitiva, preferibilmente documentata da test neuropsicologici standardizzati o, in loro assenza, da un'altra valutazione clinica quantificata.

B. I deficit cognitivi interferiscono con l'indipendenza nelle attività quotidiane (per es., come minimo, necessitano di assistenza nelle attività strumentali complesse della vita quotidiana, come pagare le bollette o gestire i farmaci).

C. I deficit cognitivi non si verificano esclusivamente nel contesto di un delirium.

D. I deficit cognitivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo depressivo maggiore, schizofrenia).

Specificare se dovuto a:

Malattia di Alzheimer (pp. 709-713)
Degenerazione frontotemporale (pp. 713-717)
Malattia a corpi di Lewy (pp. 717-720)
Malattia vascolare (pp. 721-724)

Trauma cranico (pp. 724-728)
Uso di sostanze/farmaci (pp. 728-733)
Infezione da HIV (pp. 733-736)
Malattie da prioni (pp. 736-738)
Morbo di Parkinson (pp. 738-741)
Malattia di Huntington (pp. 741-743)
Altra condizione medica (pp. 743-745)
Eziologie molteplici (p. 745)
Senza specificazione (p. 746)

Nota di codifica: Codificare sulla base dell'eziologia medica o della sostanza. In alcuni casi, vi è necessità di un ulteriore codice per la condizione eziologica medica, che deve precedere immediatamente il codice diagnostico per il disturbo neurocognitivo maggiore, come segue:

Sottotipo eziologico	Codice medico eziologico associato per il disturbo neurocognitivo maggiore[a]	Codice del disturbo neurocognitivo maggiore[b]	Codice del disturbo neurocognitivo lieve[c]
Malattia di Alzheimer	Probabile: 331.0 (G30.9) Possibile: nessun codice medico complementare	Probabile: 294.1x (F02.8x) Possibile: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Non utilizzare un codice aggiuntivo per il morbo di Alzheimer.)
Degenerazione frontotemporale	Probabile: 331.19 (G31.09) Possibile: nessun codice medico complementare	Probabile: 294.1x (F02.8x) Possibile: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Non utilizzare un codice aggiuntivo per la malattia frontotemporale.)
Malattia a corpi di Lewy	Probabile: 331.82 (G31.83) Possibile: nessun codice medico complementare	Probabile: 294.1x (F02.8x) Possibile: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Non utilizzare un codice aggiuntivo per la malattia a corpi di Lewy.)
Malattia vascolare	Nessun codice medico complementare	Probabile: 290.40 (F01.5x) Possibile: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Non utilizzare un codice aggiuntivo per la malattia vascolare.)
Trauma cranico	907.0 (S06.2X9S)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Non utilizzare un codice aggiuntivo per trauma cranico.)
Indotto da sostanze/farmaci	Nessun codice medico complementare	Codificare in base al tipo di sostanza che causa il disturbo neurocognitivo maggiore[c, d]	Codificare in base al tipo di sostanza che causa il disturbo neurocognitivo lieve[d]

Sottotipo eziologico	Codice medico eziologico associato per il disturbo neurocognitivo maggiore[a]	Codice del disturbo neurocognitivo maggiore[b]	Codice del disturbo neurocognitivo lieve[c]
Infezione da HIV	042 (B20)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Non utilizzare un codice aggiuntivo per l'infezione da HIV.)
Malattie da prioni	046.79 (A81.9)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Non utilizzare un codice aggiuntivo per le malattie da prioni.)
Morbo di Parkinson	Probabile: 332.0 (G20) Possibile: Nessun codice medico complementare	Probabile: 294.1x (F02.8x) Possibile: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Non utilizzare un codice aggiuntivo per il morbo di Parkinson.)
Malattia di Huntington	333.4 (G10)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Non utilizzare un codice aggiuntivo per la malattia di Huntington.)
Dovuto a un'altra condizione medica	Codificare prima l'altra condizione medica (per es., 340 [G35] sclerosi multipla)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Non utilizzare codici aggiuntivi per le condizioni mediche eziologiche presunte.)
Eziologie molteplici	Codificare prima tutte le condizioni mediche eziologiche (con l'eccezione della malattia vascolare)	294.1x (F02.8x) (Più il codice per il rilevante disturbo neurocognitivo maggiore indotto da sostanza/farmaco se la sostanza o il farmaco svolgono un ruolo nell'eziologia.)	331.83 (G31.84) (Più il codice per il rilevante disturbo neurocognitivo maggiore indotto da sostanza/farmaco se la sostanza o il farmaco svolgono un ruolo nell'eziologia. Non utilizzare codici aggiuntivi per le condizioni mediche eziologiche presunte.)
Disturbo neurocognitivo senza specificazione	Nessun codice medico complementare	799.59 (R41.9)	799.59 (R41.9)

[a]Codificare per primo, prima del codice per il disturbo neurocognitivo maggiore.
[b]Codificare il quinto carattere basandosi sullo specificatore del sintomo: .x0 senza alterazione comportamentale; .x1 con alterazione comportamentale (per es., sintomi psicotici, disturbi dell'umore, agitazione, apatia o altri sintomi comportamentali).
[c]Nota: Lo specificatore dell'alterazione comportamentale non può essere codificato, ma dovrebbe comunque essere indicato per iscritto.
[d]Si veda "Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci".

Specificare:

Senza alterazione comportamentale: Se l'alterazione cognitiva non è accompagnata da alcuna alterazione comportamentale clinicamente significativa.

Con alterazione comportamentale *(specificare l'alterazione)*: Se l'alterazione cognitiva è accompagnata da un'alterazione comportamentale clinicamente significativa (per es., sintomi psicotici, disturbi dell'umore, agitazione, apatia o altri sintomi comportamentali).

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Difficoltà con le attività strumentali della vita quotidiana (per es., lavori domestici, gestione del denaro).

Moderata: Difficoltà con attività di base della vita quotidiana (per es., alimentazione, vestirsi).

Grave: Completamente dipendente.

Disturbo neurocognitivo lieve

Criteri diagnostici

A. Evidenza di un modesto declino cognitivo da un precedente livello di prestazioni in uno o più domini cognitivi (attenzione complessa, funzione esecutiva, apprendimento e memoria, linguaggio, funzione percettivo-motoria o cognizione sociale) basato su:

1. Preoccupazione dell'individuo, di un informatore attendibile o del clinico che vi è stato un lieve declino delle funzioni cognitive; e
2. Una modesta compromissione della performance cognitiva, preferibilmente documentata da test neuropsicologici standardizzati o, in loro assenza, da un'altra valutazione clinica quantificata.

B. I deficit cognitivi non interferiscono con l'indipendenza nelle attività quotidiane (per es., attività strumentali complesse della vita quotidiana, come pagare le bollette o gestire i farmaci, sono conservate, ma richiedono uno sforzo maggiore, strategie compensatorie o adattamento).

C. I deficit cognitivi non si verificano esclusivamente nel contesto di un delirium.

D. I deficit cognitivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per esempio, disturbo depressivo maggiore, schizofrenia).

Specificare se dovuto a:

Malattia di Alzheimer (pp. 709-713)
Degenerazione frontotemporale (pp. 713-717)
Malattia a corpi di Lewy (pp. 717-720)
Malattia vascolare (pp. 721-724)
Trauma cranico (pp. 724-728)
Uso di sostanze/farmaci (pp. 728-733)
Infezione da HIV (pp. 733-736)
Malattie da prioni (pp. 736-738)
Morbo di Parkinson (pp. 738-741)
Malattia di Huntington (pp. 741-743)
Altra condizione medica (pp. 743-745)
Eziologie molteplici (p. 745)
Senza specificazione (p. 746)

Nota di codifica: Per il disturbo neurocognitivo lieve dovuto a una delle eziologie mediche elencate sopra, codificare **331.83 (G31.84)**. Non utilizzare codici aggiuntivi per le condizioni mediche eziologiche presunte. Per il disturbo neurocognitivo lieve indotto da sostanze/farmaci, codificare basandosi sul tipo di sostanza; si veda "Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci". Per il disturbo neurocognitivo lieve senza specificazione, codificare **799.59 (R41.9)**.

Specificare:

Senza alterazione comportamentale: Se l'alterazione cognitiva non è accompagnata da alcuna alterazione comportamentale clinicamente significativa.

Con alterazione comportamentale *(specificare l'alterazione)*: Se l'alterazione cognitiva è accompagnata da un'alterazione comportamentale clinicamente significativa (per es., sintomi psicotici, disturbi dell'umore, agitazione, apatia o altri sintomi comportamentali).

Sottotipi

I disturbi neurocognitivi maggiore e lieve (DNC) hanno dei sottotipi basati principalmente sulla/e entità patologica/eziologica nota o presunta sottostante al declino cognitivo. Questi sottotipi sono distinti sulla base di una combinazione di decorso temporale, domini caratteristici colpiti e sintomi associati. Per alcuni sottotipi eziologici, la diagnosi dipende sostanzialmente dalla presenza di un'entità potenzialmente causativa, come il morbo di Parkinson o la malattia di Huntington, o un trauma cranico o ictus, nel periodo di tempo appropriato. Per altri sottotipi eziologici (in genere le malattie neurodegenerative come malattia di Alzheimer, degenerazione frontotemporale e malattia a corpi di Lewy), la diagnosi si basa essenzialmente sui sintomi cognitivi, comportamentali e funzionali. Tipicamente, la differenziazione tra queste sindromi che mancano di un'entità eziologica riconosciuta indipendentemente è più chiara a livello di DNC maggiore che a livello di DNC lieve, ma talvolta i sintomi tipici e le caratteristiche associate sono presenti anche a livello lieve.

I DNC sono spesso gestiti da clinici di diverse discipline. Per molti sottotipi, gruppi multidisciplinari di esperti internazionali hanno sviluppato criteri di consenso specializzati basati sulla correlazione clinico-patologica con la sottostante patologia cerebrale. I criteri dei sottotipi sono stati armonizzati con tali criteri "esperti".

Specificatori

Nel DNC, sono state individuate evidenze per caratteristiche comportamentali distinte in particolare nelle aree dei sintomi psicotici e della depressione. Le caratteristiche psicotiche sono comuni in molti DNC, in particolare nella fase lieve-moderata del DNC maggiore dovuto a malattia di Alzheimer, malattia a corpi di Lewy e degenerazione frontotemporale. Paranoia e altri deliri sono caratteristiche comuni, e spesso un tema persecutorio può essere un aspetto importante dell'ideazione delirante. In contrasto con i disturbi psicotici con esordio precoce (per es., schizofrenia), l'eloquio disorganizzato e il comportamento disorganizzato non sono caratteristici della psicosi nei DNC. Le allucinazioni possono verificarsi in qualsiasi modalità, anche se le allucinazioni visive sono più comuni nei DNC che nei disturbi depressivo, bipolare, o nei disturbi psicotici.

Possono verificarsi alterazioni dell'umore, tra cui depressione, ansia ed euforia. La depressione è comune nelle prime fasi del decorso (anche a livello di DNC lieve) del DNC dovuto alla malattia di Alzheimer e al morbo di Parkinson, mentre l'euforia può

verificarsi più comunemente nella degenerazione frontotemporale. Quando è presente una sindrome affettiva completa che soddisfa i criteri diagnostici per un disturbo depressivo o bipolare, anche quella diagnosi dovrebbe essere codificata. La sintomatologia legata all'umore è sempre più considerata come una caratteristica significativa nelle prime fasi di DNC lieve tanto che il riconoscimento clinico e l'intervento possono essere importanti.

L'agitazione è comune in un'ampia varietà di DNC, in particolare nel DNC maggiore di gravità da moderata a grave, e spesso si verifica nel contesto di confusione o frustrazione. Possono insorgere comportamenti combattivi, in particolare nel contesto di resistenza ad attività di accudimento come fare il bagno e vestirsi. L'agitazione è caratterizzata da attività motoria o vocale dirompente e tende a verificarsi negli stadi avanzati di compromissione cognitiva in tutti i DNC.

Gli individui con DNC possono presentare una vasta gamma di sintomi comportamentali che sono al centro del trattamento. Le alterazioni del sonno sono un sintomo comune che può creare necessità di attenzione clinica e possono comprendere i sintomi di insonnia, ipersonnia e alterazioni del ritmo circadiano.

L'apatia è comune nel DNC maggiore e lieve. Si osserva in particolare in DNC dovuto a malattia di Alzheimer e può essere una caratteristica importante di DNC dovuto a degenerazione frontotemporale. L'apatia è tipicamente caratterizzata da diminuita motivazione e comportamento finalizzato ridotto accompagnato da diminuita reattività emotiva. I sintomi di apatia possono manifestarsi precocemente nel decorso del DNC quando si può osservare una perdita di motivazione a svolgere attività quotidiane o hobby.

Altri importanti sintomi comportamentali includono irrequietezza motoria, disinibizione, iperfagia e accumulo. Alcuni di questi sintomi sono caratteristici di disturbi specifici, come discusso nelle relative sezioni. Se si osserva più di un'alterazione comportamentale, ogni tipo dovrebbe essere annotato per iscritto con lo specificatore "con sintomi comportamentali".

Caratteristiche diagnostiche

I DNC maggiore e lieve si pongono in uno spettro di deterioramento cognitivo e funzionale. Il DNC maggiore corrisponde alla condizione in cui nel DSM-IV ci si riferiva come *demenza*, termine mantenuto come alternativa in questo volume. La caratteristica principale del DNC è il declino cognitivo acquisito in uno o più domini cognitivi (Criterio A) basato sia su 1) una preoccupazione circa le funzioni cognitive da parte dell'individuo, di un informatore attendibile o del clinico, sia sulla 2) performance a una valutazione oggettiva che è inferiore al livello atteso o che è stata osservata diminuire nel corso del tempo. Sono necessarie sia la preoccupazione sia le evidenze oggettive perché sono complementari. Quando c'è un focus esclusivo sulla valutazione oggettiva, un disturbo può essere non diagnosticato in individui ad alto funzionamento, in cui una performance "normale" rappresenta in realtà un significativo declino nelle abilità, oppure una malattia può essere diagnosticata in modo errato in individui la cui performance attuale "bassa" non rappresenta un cambiamento rispetto alla sua norma o è il risultato di fattori estranei quali condizioni difficili o una malattia passeggera. D'altro canto, l'eccessiva focalizzazione sui sintomi soggettivi potrebbe non far diagnosticare la malattia in individui con scarso insight o i cui informatori negano o non notano i sintomi, o può essere troppo sensibile nelle persone che temono di essere malate, in assenza di una diagnosi di malattia.

Una preoccupazione cognitiva differisce da una lamentela per il fatto che può essere, o non essere, espressa spontaneamente. Piuttosto, può essere necessario elicitarla attraverso un'attenta discussione sui sintomi specifici che comunemente si verificano negli individui con deficit cognitivi (si veda la Tabella 1 nell'introduzione di questo capitolo). Per es., le preoccupazioni sulla memoria includono difficoltà a ricordare una breve lista della spesa e a seguire la trama di un programma televisivo; preoccupazioni esecutive includono difficoltà a riprendere un'attività dopo che è stata interrotta, preparare i documenti fiscali o organizzare un pranzo in occasione di una ricorrenza. Allo stadio lieve del DNC, è probabile che l'individuo descriva queste attività come più difficoltose, o più onerose dal punto di vista del tempo e dello sforzo o delle strategie compensatorie. Allo stadio maggiore del DNC, tali compiti possono essere completati solo con l'assistenza o possono essere abbandonati del tutto. Allo stadio lieve, gli individui e le loro famiglie possono non notare i sintomi o possono considerarli normali, in particolare negli anziani; pertanto, un'accurata anamnesi è di fondamentale importanza. Le difficoltà devono rappresentare cambiamenti, non una modalità abituale: l'individuo o l'informatore potranno chiarire la questione, oppure il clinico può dedurre il cambiamento da precedenti esperienze con il paziente o da indizi professionali o da altre fonti. È importante anche determinare se le difficoltà sono legate alla perdita cognitiva o a limitazioni motorie o sensoriali.

I test neuropsicologici, con prestazioni confrontate con la norma appropriata per l'età del paziente, il livello di istruzione e il background culturale, sono parte della valutazione standard dei DNC e sono particolarmente importanti nella valutazione del DNC lieve. Per il DNC maggiore, le prestazioni sono in genere 2 o più deviazioni standard al di sotto della norma appropriata (al 3° percentile o al di sotto). Per il DNC lieve, le prestazioni generalmente si trovano all'interno di 1-2 deviazioni standard (tra il 3° e il 16° percentile). Tuttavia, i test neuropsicologici non sono disponibili in tutte le situazioni e le soglie neuropsicologiche sono sensibili allo specifico test e alla norma impiegati, nonché alle condizioni del test, alle limitazioni sensoriali e a malattie passeggere. Una varietà di brevi valutazioni fatte in studio, come descritto nella Tabella 1, può anche fornire dati oggettivi in ambienti dove tali test non sono disponibili o non sono fattibili. In ogni caso, come con le preoccupazioni cognitive, le prestazioni oggettive devono essere interpretate alla luce delle prestazioni precedenti dell'individuo. In una situazione ottimale, queste informazioni deriverebbero da una precedente somministrazione dello stesso test, ma spesso si devono dedurre basandosi su dati normativi opportuni, insieme al livello di istruzione dell'individuo, all'occupazione e ad altri fattori. I dati normativi sono più difficile da interpretare in individui con livelli molto alti o molto bassi di istruzione e in soggetti che vengono testati in una lingua che non è la loro o che hanno un diverso background culturale.

Il Criterio B si riferisce al livello individuale di indipendenza nel funzionamento quotidiano. Gli individui con DNC maggiore hanno un deterioramento di gravità sufficiente da interferire con l'indipendenza, tanto che altri dovranno assumere i compiti che gli individui in precedenza erano in grado di completare da soli. Gli individui con DNC lieve hanno conservato l'indipendenza, anche se ci possono essere interferenze sottili con il funzionamento o lamentele riguardo al fatto che le attività richiedono più sforzo o più tempo rispetto al passato.

La distinzione tra DNC maggiore e lieve è intrinsecamente arbitraria, e i disturbi si pongono su un continuum. È quindi difficile determinare delle soglie precise. È necessario raccogliere con attenzione l'anamnesi, osservare e integrare tutti i risultati; e quando le manifestazioni cliniche di un individuo si trovano sul confine, devono essere considerate le implicazioni della diagnosi.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

In genere le caratteristiche associate a supporto della diagnosi di DNC maggiore o lieve saranno specifiche per il sottotipo eziologico (per es., sensibilità ai neurolettici e allucinazioni visive in DNC dovuto a malattia a corpi di Lewy). Le caratteristiche diagnostiche specifiche per ciascuno dei sottotipi si trovano nelle relative sezioni.

Prevalenza

La prevalenza di DNC varia molto con l'età e con il sottotipo eziologico. Stime globali di prevalenza sono generalmente disponibili solo per le popolazioni più anziane. Tra gli individui di età superiore a 60 anni, la prevalenza aumenta con l'età, quindi le stime di prevalenza sono più precise per fasce d'età limitate che per ampie categorie come "over 65" (dove l'età media può variare notevolmente a seconda dell'aspettativa di vita della popolazione). Per quei sottotipi eziologici che si verificano nel corso della vita, sono disponibili le stime di prevalenza per i DNC, se non per tutti, per quella parte di individui che sviluppa DNC insieme a condizioni rilevanti (per es., trauma cranico, infezione da HIV).

Le stime di prevalenza globali per la demenza (che è in gran parte congruente con il DNC maggiore) sono circa l'1-2% a 65 anni e fino al 30% a 85 anni. La prevalenza di DNC lieve è molto sensibile alla definizione del disturbo, in particolare in contesti di comunità, dove le valutazioni sono meno dettagliate. Inoltre, in contrasto con i contesti clinici, in cui la preoccupazione cognitiva deve essere alta per cercare e individuare la cura, ci può essere un meno evidente declino del funzionamento di base. Le stime di prevalenza del decadimento cognitivo lieve (che è sostanzialmente congruente con il DNC lieve) tra gli individui più anziani sono piuttosto variabili, vanno dal 2 al 10% a 65 anni e dal 5 al 25% a 85 anni.

Sviluppo e decorso

Il decorso del DNC varia a seconda dei sottotipi eziologici, e questa variazione può essere utile nella diagnosi differenziale. Alcuni sottotipi (per es., quelli relativi al trauma cranico o all'ictus) in genere iniziano in un momento specifico e (almeno dopo i sintomi iniziali legati all'infiammazione o al gonfiore) rimangono statici. Altri possono variare nel tempo (se si verifica questa condizione, dovrebbe essere considerata la possibilità di delirium sovrapposto al DNC). I DNC dovuti a malattie neurodegenerative come la malattia di Alzheimer o la degenerazione frontotemporale sono tipicamente caratterizzati da esordio insidioso e progressione graduale, e il modello di insorgenza dei deficit cognitivi e delle caratteristiche associate aiuta a distinguerli.

I DNC con esordio nell'infanzia e nell'adolescenza possono avere ripercussioni ampie per lo sviluppo sociale e intellettuale, e in questa condizione possono essere diagnosticati anche la disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) e/o altri disturbi del neurosviluppo per catturare il quadro diagnostico completo e garantire che venga fornita un'ampia gamma di servizi. In individui più anziani, i DNC spesso si verificano nel contesto di malattie mediche, fragilità e declino sensoriale, che complicano il quadro clinico per la diagnosi e il trattamento.

Quando si verifica il declino cognitivo tra la gioventù e la mezza età, gli individui e le famiglie richiedono una cura. I DNC sono in genere più facili da individuare in giovane età, anche se in alcune condizioni va considerata la simulazione di malattia o un altro disturbo fittizio. In fasi molto avanzate della vita, i sintomi cognitivi possono non

destare preoccupazione o passare inosservati. In tarda età, il DNC lieve deve essere distinto da deficit più modesti associati al "normale invecchiamento", anche se una parte significativa di ciò che è stato attribuito al normale invecchiamento probabilmente rappresenta le fasi prodromiche di vari DNC. Inoltre, diventa più difficile riconoscere il DNC lieve con l'aumentare dell'età a causa della crescente prevalenza di malattie mediche e deficit sensoriali. Con l'età, diventa più difficile distinguere tra sottotipi perché ci sono più potenziali fonti di declino neurocognitivo.

Fattori di rischio e prognosi

I fattori di rischio variano non solo a seconda del sottotipo eziologico, ma anche per l'età di esordio all'interno dei sottotipi eziologici. Alcuni sottotipi sono distribuiti in tutto l'arco della vita, mentre altri si verificano esclusivamente o principalmente in età avanzata. Anche all'interno del DNC da invecchiamento, la prevalenza relativa varia con l'età: la malattia di Alzheimer è rara prima dei 60 anni, e la prevalenza aumenta sensibilmente dopo, mentre la degenerazione frontotemporale, in genere meno comune, ha un esordio precoce e rappresenta una frazione progressivamente minore dei DNC con l'aumentare dell'età.

Fattori genetici e fisiologici. Il fattore di rischio più importante per i DNC maggiore e lieve è l'età, soprattutto perché l'età aumenta il rischio di malattie neurodegenerative e cerebrovascolari. Il genere femminile è associato con una maggiore prevalenza di demenza generale, e in particolare malattia di Alzheimer, ma questa differenza è in gran parte, se non totalmente, riferibile alla maggiore longevità nelle femmine.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il livello di consapevolezza e di preoccupazione degli individui e delle famiglie per i sintomi neurocognitivi può variare tra i gruppi etnici e professionali. È più probabile che i sintomi neurocognitivi siano notati, in particolare a livello lieve, in individui che sono impegnati in attività lavorative, domestiche o ricreative complesse. Inoltre, i dati normativi per i test neuropsicologici tendono a essere disponibili solo per ampie popolazioni, e quindi non possono essere facilmente applicabili alle persone che non hanno un'istruzione superiore o che vengono valutate in una lingua e in una cultura diverse da quelle di origine.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Come l'età, la cultura e l'occupazione, le questioni di genere possono influenzare il livello di preoccupazione e consapevolezza dei sintomi cognitivi. Inoltre, per quanto riguarda i DNC che si presentano in fasi avanzate della vita, è probabile che le femmine siano più anziane, che abbiano più comorbilità mediche, e che vivano da sole, rendendo così più complicati la valutazione e il trattamento. In aggiunta, ci sono differenze di genere nella frequenza di alcuni sottotipi eziologici.

Marker diagnostici

Oltre a un'attenta anamnesi, le valutazioni neuropsicologiche sono le misure chiave per la diagnosi di DNC, in particolare a livello lieve, dove i cambiamenti funzionali sono minimi e i sintomi sono più sottili. Idealmente, gli individui andranno inviati a una valutazione neuropsicologica formale, che fornirà una valutazione quantitativa di tutti i domini rilevanti, aiutando così a formulare una diagnosi; fornire una guida per la

famiglia in aree in cui l'individuo può richiedere maggiore sostegno; e servire come punto di riferimento in caso di ulteriore declino o per la valutazione della risposta alle terapie. Quando tale valutazione non è disponibile o non è fattibile, le valutazioni in Tabella 1 possono fornire indicazioni in ciascun dominio. Ulteriori brevi test globali dello stato mentale possono essere utili, ma possono essere non sensibili in particolare alle variazioni modeste in un singolo dominio o in individui con capacità elevate prima della malattia, e possono essere troppo sensibili in quelli con bassa capacità prima della malattia.

Per distinguere i sottotipi eziologici, possono entrare in gioco ulteriori marker diagnostici, in particolare studi di neuroimaging come la risonanza magnetica e la tomografia a emissione di positroni. Inoltre, marker specifici possono essere coinvolti nella valutazione dei sottotipi specifici e possono acquisire maggiore importanza in quanto i risultati delle ricerche supplementari si accumulano nel tempo, come discusso nelle relative sezioni.

Conseguenze funzionali dei disturbi neurocognitivi maggiori e lievi

Per definizione, i DNC maggiore e lieve influenzano il funzionamento, dato il ruolo centrale delle funzioni cognitive nella vita umana. Pertanto, i criteri per i disturbi e la soglia per differenziare tra DNC lieve e maggiore, si basano in parte sulla valutazione funzionale. All'interno del DNC maggiore vi è una vasta gamma di compromissione funzionale, come indicato negli specificatori di gravità. Inoltre, le funzioni specifiche che sono compromesse possono aiutare a identificare i domini cognitivi interessati, in particolare quando i test neuropsicologici non sono disponibili o sono di difficile interpretazione.

Diagnosi differenziale

Funzioni cognitive normali. La diagnosi differenziale tra funzioni cognitive normali e DNC lieve, e tra DNC lieve e DNC maggiore, è impegnativa perché i confini sono intrinsecamente arbitrari. Un'attenta anamnesi e valutazione oggettiva sono fondamentali per queste distinzioni. Una valutazione longitudinale sulla base di valutazioni quantitative può essere la chiave per individuare il DNC lieve.

Delirium. I DNC sia lieve sia grave possono essere difficili da distinguere da un delirium persistente, che può presentarsi contemporaneamente. L'attenta valutazione dell'attenzione e dell'arousal aiuterà a fare la distinzione.

Disturbo depressivo maggiore. Anche la distinzione tra DNC lieve e disturbo depressivo maggiore, che può presentarsi contemporaneamente con il DNC, può essere difficile. Possono essere utili modelli specifici di deficit cognitivi. Per es., deficit consistenti nella memoria e nella funzione esecutiva sono tipici della malattia di Alzheimer, mentre prestazioni aspecifiche o più variabili si osservano nella depressione maggiore. In alternativa, per fare la diagnosi può essere necessario il trattamento del disturbo depressivo con osservazione ripetuta nel tempo.

Disturbo specifico dell'apprendimento e altri disturbi del neurosviluppo. Un attento chiarimento dello status di base della persona aiuterà a distinguere un DNC da un disturbo specifico dell'apprendimento o da altri disturbi del neurosviluppo. Caratteristiche aggiuntive possono caratterizzare gli specifici sottotipi eziologici, come descritto nelle relative sezioni.

Comorbilità

I DNC sono comuni negli individui più anziani e quindi spesso si presentano in comorbilità con una grande varietà di malattie legate all'età che possono complicare la diagnosi o il trattamento. Il più evidente è il delirium, per il quale il DNC rappresenta un fattore di rischio. In individui più anziani, un delirium durante il ricovero rappresenta, in molti casi, la prima volta in cui viene notato un DNC, anche se un'attenta anamnesi rivelerà spesso evidenze di un declino precedente. I DNC misti sono comuni negli individui più anziani, in quanto la prevalenza di molte entità eziologiche aumenta con l'età. In individui più giovani, il DNC spesso si presenta in comorbilità con disturbi del neurosviluppo; per es., un trauma cranico in un bambino in età prescolare può portare a significativi problemi di sviluppo e di apprendimento. Ulteriori comorbilità di DNC sono spesso legate al sottotipo eziologico, come discusso nelle relative sezioni.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. C'è esordio insidioso e graduale progressione del danno in uno o più domini cognitivi (per il disturbo neurocognitivo maggiore, almeno due domini devono essere compromessi).

C. Sono soddisfatti i criteri per la malattia di Alzheimer, sia probabile sia possibile, come segue:

Per il disturbo neurocognitivo maggiore:

Una **probabile malattia di Alzheimer** è diagnosticata se è presente uno dei seguenti; altrimenti, deve essere diagnosticata una **possibile malattia di Alzheimer**.

1. Evidenza di una mutazione genetica causativa della malattia di Alzheimer dall'anamnesi familiare o da test genetici.
2. Sono presenti tutti e tre i seguenti:
   a. Chiara evidenza di declino della memoria e dell'apprendimento e di almeno un altro dominio cognitivo (basato sull'anamnesi dettagliata o su test neuropsicologici seriali).
   b. Declino costantemente progressivo e graduale nella cognizione, senza plateau estesi.
   c. Nessuna evidenza di eziologia mista (cioè assenza di altre malattie neurodegenerative o cerebrovascolari, o di un'altra malattia neurologica, mentale o sistemica che possa contribuire al declino cognitivo).

Per il disturbo neurocognitivo lieve:

Una **probabile malattia di Alzheimer** è diagnosticata se vi è evidenza di una mutazione genetica causativa della malattia di Alzheimer dai test genetici o dall'anamnesi familiare.

Una **possibile malattia di Alzheimer** è diagnosticata se non vi è evidenza di una mutazione genetica causativa della malattia di Alzheimer dai test genetici o dall'anamnesi familiare, e tutti e tre i seguenti sono presenti:

1. Chiara evidenza di declino della memoria e dell'apprendimento.
2. Declino costantemente progressivo e graduale nella cognizione, senza plateau estesi.

3. Nessuna evidenza di eziologia mista (cioè assenza di altre malattie neurodegenerative o cerebrovascolari, o di un'altra malattia neurologica, mentale o sistemica che possa contribuire al declino cognitivo).

D. L'alterazione non è meglio spiegata da malattie cerebrovascolari, da un'altra malattia neurodegenerativa, dagli effetti di una sostanza o da un altro disturbo mentale, neurologico o sistemico.

Nota di codifica: Per il probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Alzheimer con alterazione comportamentale, codificare prima **331.0 (G30.9)** malattia di Alzheimer, seguito da **294.11 (F02.81)** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Alzheimer. Per il probabile disturbo neurocognitivo dovuto a malattia di Alzheimer, senza alterazione comportamentale, codificare prima **331.0 (G30.9)** malattia di Alzheimer, seguito da **294.10 (F02.80)** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Alzheimer, senza alterazione comportamentale.

Per il possibile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Alzheimer, codificare **331.9 (G31.9)** possibile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Alzheimer. (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per la malattia di Alzheimer. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.)

Per il disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattia di Alzheimer, codificare **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per la malattia di Alzheimer. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.)

Caratteristiche diagnostiche

Oltre alla sindrome del disturbo neurocognitivo (DNC) (Criterio A), le caratteristiche fondamentali del DNC maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer includono un esordio insidioso e una graduale progressione dei sintomi cognitivi e comportamentali (Criterio B). La presentazione tipica è amnestica (cioè con compromissione della memoria e dell'apprendimento). Esistono anche presentazioni non amnestiche insolite, in particolare le varianti visuospaziale e afasica logopenica. Nella fase DNC lieve, la malattia di Alzheimer si manifesta in genere con compromissione della memoria e dell'apprendimento, a volte accompagnata da deficit nella funzione esecutiva. Nella fase DNC maggiore, anche la capacità visuo-costruttiva/percettivo-motoria e il linguaggio saranno compromessi, in particolare quando il DNC è moderato o grave. La cognizione sociale tende a essere conservata fino a una fase avanzata della malattia.

Deve essere specificato un livello di certezza diagnostica denotando la malattia di Alzheimer come eziologia "probabile" o "possibile" (Criterio C). Una *probabile malattia di Alzheimer* è diagnosticata nel DNC sia maggiore sia lieve se vi è evidenza di un gene responsabile della malattia di Alzheimer, derivante da test genetici o da una storia familiare autosomica dominante unita alla conferma dall'autopsia o da un test genetico in un membro della famiglia affetto dalla malattia. Per il DNC maggiore, un quadro clinico tipico, senza plateau estesi o evidenza di eziologia mista, può essere diagnosticato come dovuto a probabile malattia di Alzheimer. Per il DNC lieve, dato il minor grado di certezza che i deficit progrediranno, queste caratteristiche sono sufficienti solo per una *possibile* eziologia di Alzheimer. Se l'eziologia appare mista, dovrebbe essere diagnosticato un DNC lieve dovuto a eziologie molteplici. In ogni caso, per il DNC sia maggiore sia lieve dovuto a malattia di Alzheimer, le caratteristiche cliniche non devono suggerire un'altra eziologia primaria per il DNC (Criterio D).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

In ambiti clinici specialistici, circa l'80% degli individui con DNC grave dovuto a malattia di Alzheimer ha manifestazioni comportamentali e psicologiche; queste caratteristiche sono frequenti anche allo stadio di compromissione del DNC lieve. Questi sintomi sono debilitanti come o più delle manifestazioni cognitive e sono spesso la ragione per cui viene richiesta l'assistenza sanitaria. Allo stadio lieve del DNC o al livello più lieve del DNC maggiore, si manifestano spesso depressione e/o apatia. Nel DNC maggiore moderatamente grave, sono comuni caratteristiche psicotiche, irritabilità, agitazione, combattività e vagabondaggio. In una fase avanzata della malattia, si osservano disturbi dell'andatura, disfagia, incontinenza, mioclono e convulsioni.

Prevalenza

La prevalenza di demenza globale (DNC maggiore) aumenta con l'età. Nei paesi ad alto reddito, va dal 5 al 10% nella settima decade di vita ad almeno il 25% negli anni successivi. Stime dei dati derivanti dal censimento statunitense indicano che circa il 7% delle persone con diagnosi di malattia di Alzheimer è di età compresa tra 65 e 74 anni, il 53% è di età compresa tra 75 e 84 anni, e il 40% ha più di 85 anni di età. La percentuale di demenze attribuibili alla malattia di Alzheimer varia da circa il 60 al 90%, a seconda dell'ambiente e dei criteri diagnostici. Il DNC lieve dovuto a malattia di Alzheimer rappresenta anche una parte significativa del decadimento cognitivo lieve (DCL).

Sviluppo e decorso

Il DNC maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer progredisce gradualmente, a volte con brevi plateau, attraverso la demenza grave fino alla morte. La durata media della sopravvivenza dopo la diagnosi è di circa 10 anni, e riflette l'età avanzata della maggior parte degli individui piuttosto che il corso della malattia; alcuni individui possono convivere con la malattia anche 20 anni. Gli individui in fase avanzata sono alla fine muti e costretti a letto. È più comune la morte da aspirazione fra coloro che sopravvivono attraverso tutto il decorso. Nel DNC lieve dovuto a malattia di Alzheimer, le compromissioni aumentano col passare del tempo, e lo stato funzionale declina gradualmente fino a quando i sintomi raggiungono la soglia per la diagnosi di DNC maggiore.

L'insorgenza dei sintomi avviene di solito nell'ottava e nella nona decade; le forme a esordio precoce che si osservano nella quinta e nella sesta decade sono spesso legate a mutazioni causative note. I sintomi e la patologia non si differenziano notevolmente nelle diverse età di insorgenza. Tuttavia, gli individui più giovani hanno più probabilità di sopravvivere per l'intero corso della malattia, mentre gli individui più anziani hanno più probabilità di avere numerose comorbilità mediche che influenzano il decorso e la gestione della malattia. La complessità diagnostica è più elevata negli anziani a causa della maggiore probabilità di una malattia medica in comorbilità e di patologia mista.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Un trauma cranico aumenta il rischio di DNC maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer.

Fattori genetici e fisiologici. L'età è il fattore di rischio più evidente per la malattia di Alzheimer. La suscettibilità genetica al polimorfismo dell'apolipoproteina E4 aumenta il rischio e diminuisce l'età di esordio, soprattutto in individui omozigoti. Ci sono

anche geni che causano la malattia di Alzheimer estremamente rari. Gli individui con sindrome di Down (trisomia 21) sviluppano la malattia di Alzheimer se sopravvivono alla mezza età. Molteplici fattori di rischio vascolare influenzano il rischio per la malattia di Alzheimer e possono agire aumentando la patologia cerebrovascolare o anche attraverso effetti diretti sulla patologia di Alzheimer.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il rilevamento di un DNC può essere più difficile in contesti culturali e socio-economici in cui la perdita di memoria è considerata normale in età avanzata, in cui gli anziani devono affrontare un minor numero di richieste cognitive nella vita quotidiana, o in cui i livelli di istruzione molto bassi rappresentano grandi sfide per la valutazione cognitiva oggettiva.

Marker diagnostici

Atrofia corticale, placche neuritiche amiloidi e grovigli neurofibrillari sono le caratteristiche distintive della diagnosi patologica della malattia di Alzheimer e possono essere confermati tramite esame istopatologico post mortem. Per i casi a esordio precoce con ereditarietà autosomica dominante, una mutazione in uno dei geni noti per essere una possibile causa della malattia di Alzheimer – proteina precursore dell'amiloide (APP), presenilina 1 (PSEN1) o presenilina 2 (PSEN2) – può essere coinvolta, e sono disponibili in commercio test genetici per tali mutazioni, almeno per il PSEN1. L'apolipoproteina E4 non può servire come marker diagnostico, perché è solo un fattore di rischio e non è né necessaria né sufficiente per l'insorgenza della malattia.

Poiché la deposizione di beta amiloide-42 nel cervello si verifica precocemente nella cascata patofisiologica, test diagnostici come la tomografia cerebrale a emissione di positroni (PET) con imaging dell'amiloide e ridotti livelli di beta amiloide-42 nel liquido cerebrospinale (LCS) possono avere valore diagnostico. Segni di danno neuronale, come l'atrofia ippocampale e corticale temporoparietale su una scansione di immagini a risonanza magnetica, ipometabolismo temporoparietale su un fluorodeossiglucosio PET scan, ed evidenze per elevati livelli totali di tau e fosfo-tau nell'LCS, forniscono la prova del danno neuronale, ma sono meno specifici per la malattia di Alzheimer. Allo stato attuale, questi biomarker non sono pienamente convalidati, e molti sono disponibili solo in ambiti di cura terziaria. Tuttavia, alcuni di loro, insieme a nuovi biomarker, entreranno probabilmente in una più ampia pratica clinica nei prossimi anni.

Conseguenze funzionali del disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer

La perdita di memoria può causare notevoli difficoltà relativamente presto nel decorso. La cognizione sociale (e quindi il funzionamento sociale) e la memoria procedurale (per es., ballare, suonare strumenti musicali) possono essere relativamente conservate per lunghi periodi.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi neurocognitivi. I disturbi neurocognitivi maggiore e lieve dovuti ad altri processi neurodegenerativi (per es., malattia a corpi di Lewy, degenerazione frontotemporale) condividono l'esordio insidioso e il graduale declino causato dalla malattia di Alzheimer, ma hanno caratteristiche fondamentali distintive proprie. Nel DNC vascolare maggiore o lieve, di solito c'è storia di ictus temporalmente correlato alla comparsa di compromissione cognitiva, e infarti o iperintensità della sostanza bianca sono giudicati sufficienti per spiegare il quadro clinico. Tuttavia, in particolare quando non è chiara la storia di declino graduale, il DNC vascolare maggiore o lieve può condividere molte caratteristiche cliniche con la malattia di Alzheimer.

Altra malattia concorrente, neurologica o sistemica. Un'altra malattia neurologica o sistemica dovrebbe essere considerata se ci sono una relazione appropriata e la gravità per tenere conto del quadro clinico. Al livello lieve di DNC, può essere difficile distinguere un'eziologia dovuta alla malattia di Alzheimer da quella di un'altra condizione medica (es., disturbi della tiroide, carenza di vitamina B12).

Disturbo depressivo maggiore. In particolare al livello lieve di DNC, la diagnosi differenziale include anche la depressione maggiore. La presenza di depressione può essere associata a ridotto funzionamento quotidiano e scarsa concentrazione che possono assomigliare a un DNC, ma un miglioramento con il trattamento della depressione può essere utile per fare la distinzione.

Comorbilità

La maggior parte degli individui con malattia di Alzheimer è anziana e ha più condizioni mediche che possono complicare la diagnosi e influenzare il decorso clinico. Il DNC maggiore o lieve dovuto alla malattia di Alzheimer comunemente si presenta con malattia cerebrovascolare, che contribuisce al quadro clinico. Quando una comorbilità contribuisce al DNC in un individuo con malattia di Alzheimer, dovrebbe essere diagnosticato un DNC dovuto a eziologie molteplici.

Disturbo neurocognitivo frontotemporale maggiore o lieve

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. Il disturbo ha esordio insidioso e progressione graduale.

C. O 1) o 2):

1. Variante relativa al comportamento:
   a. Tre o più dei seguenti sintomi comportamentali:
      I. Disinibizione comportamentale.
      II. Apatia o inerzia.
      III. Perdita di simpatia o empatia.
      IV. Comportamento perseverante, stereotipato o compulsivo/ritualistico.
      V. Iperoralità e cambiamenti nella dieta.
   b. Declino prominente nella cognitività sociale e/o nelle abilità esecutive.
2. Variante relativa al linguaggio:
   a. Declino prominente nella capacità di linguaggio, in forma di produzione del linguaggio, *word finding*, denominazione degli oggetti, grammatica o comprensione delle parole.

D. Relative difficoltà dell'apprendimento e della memoria e della funzione percettivo-motoria.

E. L'alterazione non è meglio spiegata da malattie cerebrovascolari, da un'altra malattia neurodegenerativa, dagli effetti di una sostanza o da un altro disturbo mentale, neurologico o sistemico.

Un **probabile disturbo neurocognitivo frontotemporale** è diagnosticato se è presente uno dei seguenti; altrimenti, deve essere diagnosticato un **possibile disturbo neurocognitivo frontotemporale**:

1. Evidenza di una mutazione genetica causativa del disturbo neurocognitivo frontotemporale dall'anamnesi familiare o da test genetici.
2. Evidenza di coinvolgimento del lobo frontale e/o temporale sproporzionato dal neuroimaging.

Un **possibile disturbo neurocognitivo frontotemporale** viene diagnosticato se non ci sono evidenze di una mutazione genetica e il neuroimaging non è stato eseguito.

Nota di codifica: Per il probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a degenerazione frontotemporale, con alterazione comportamentale, codificare prima **331.19 (G31.09)** malattia frontotemporale, seguito da **294.11 (F02.81)** probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a degenerazione frontotemporale, con alterazione comportamentale. Per il probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a degenerazione frontotemporale, senza alterazione comportamentale, codificare prima **331.19 (G31.09)** malattia frontotemporale, seguito da **294.10 (F02.80)** probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a degenerazione frontotemporale, senza alterazione comportamentale.

Per il possibile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a causa di degenerazione frontotemporale, codificare **331.9 (G31.9)** possibile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a degenerazione frontotemporale. (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per la malattia frontotemporale. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.)

Per il disturbo neurocognitivo lieve dovuto a degenerazione frontotemporale, codificare **331.83 (G31.84)**. (*Non* utilizzare il codice aggiuntivo per la malattia frontotemporale. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.)

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo neurocognitivo (DNC) frontotemporale maggiore o lieve comprende una serie di varianti sindromiche caratterizzate dal progressivo sviluppo di un cambiamento comportamentale e della personalità e/o compromissione del linguaggio. La variante relativa al comportamento e le tre varianti relative al linguaggio (semantica, agrammatica/non fluente e logopenica) presentano modelli distinti di atrofia cerebrale e alcune neuropatologie distintive. Per fare la diagnosi devono essere soddisfatti i criteri o per la variante relativa al comportamento o per la variante relativa al linguaggio, ma molti individui si presentano con caratteristiche di entrambi.

Gli individui con DNC maggiore o lieve con variante relativa al comportamento si presentano con vari gradi di apatia o disinibizione. Possono perdere interesse per la socializzazione, la cura di sé e le responsabilità personali, o mostrare comportamenti socialmente inappropriati. La capacità di insight è solitamente compromessa e questo spesso ritarda la consultazione medica. Il primo invio è spesso a uno psichiatra. Gli individui possono sviluppare cambiamenti nello stile sociale e nelle credenze religiose e politiche, con movimenti ripetitivi, accumulo, cambiamenti nel comportamento alimentare e iperoralità. In fasi successive, si può manifestare la perdita di controllo degli

sfinteri. Il declino cognitivo è meno prominente, e i test formali possono mostrare relativamente pochi deficit nelle fasi iniziali. I sintomi neurocognitivi più comuni sono la mancanza di pianificazione e organizzazione, la distraibilità e la scarsa capacità di giudizio. Sono presenti deficit nella funzione esecutiva, come scarso rendimento nei test di flessibilità mentale, ragionamento astratto e inibizione della risposta, ma l'apprendimento e la memoria sono relativamente risparmiati, e le capacità motorie percettive vengono quasi sempre conservate nelle fasi iniziali.

Gli individui con DNC frontotemporale maggiore o lieve con variante relativa al linguaggio si presenta con afasia progressiva primaria con esordio graduale, con tre sottotipi comunemente descritti: variante semantica, variante agrammatica/non fluente e variante logopenica, e ogni variante ha caratteristiche distintive e neuropatologia corrispondente.

Il DNC frontotemporale "probabile" si distingue da quello "possibile" per la presenza di fattori causativi genetici (per es., mutazioni nel gene che codifica per la proteina associata ai microtubuli tau) o per la presenza di atrofia distintiva o ridotta attività nelle regioni frontotemporali all'imaging strutturale o funzionale.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Caratteristiche extrapiramidali possono essere prominenti in alcuni casi, con una sovrapposizione con sindromi quali paralisi sopranucleare progressiva e degenerazione cortico-basale. In alcuni casi possono essere presenti le caratteristiche della malattia del motoneurone (per es., atrofia muscolare, debolezza). Un sottogruppo di individui sviluppa allucinazioni visive.

Prevalenza

Il DNC frontotemporale maggiore o lieve è una comune causa di esordio precoce del DNC in individui di età inferiore ai 65 anni. Le stime di prevalenza nella popolazione sono nel range di 2-10 per 100.000. Circa il 20-25% dei casi di DNC frontotemporale si verifica in soggetti di età superiore ai 65 anni. Il DNC frontotemporale rappresenta circa il 5% di tutti i casi di demenza rilevati all'autopsia. Le stime di prevalenza della variante relativa al comportamento e della variante relativa al linguaggio semantico sono più elevate tra i maschi, e le stime di prevalenza della variante relativa al linguaggio non fluente sono più alte tra le donne.

Sviluppo e decorso

Gli individui solitamente presentano il DNC frontotemporale maggiore o lieve nella sesta decade di vita, anche se l'età di insorgenza varia dalla terza alla nona decade. La malattia è gradualmente progressiva, con una sopravvivenza mediana di 6-11 anni dopo l'insorgenza dei sintomi e 3-4 anni dopo la diagnosi. La sopravvivenza è più breve e il declino è più veloce nel DNC frontotemporale maggiore o lieve che nella tipica malattia di Alzheimer.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Circa il 40% degli individui con DNC frontotemporale maggiore o lieve ha una storia familiare di DNC con esordio precoce, e circa il 10% mostra un modello di ereditarietà autosomica dominante. È stato identificato un certo numero di fattori genetici, come mutazioni nel gene che codifica per tau (MAPT), nel gene granulina (GRN) e nel gene C9ORF72. È stato individuato un certo numero di famiglie con mutazioni causative (si veda il paragrafo "Marker diagnostici" per

questo disturbo), ma molti individui con nota trasmissione familiare non hanno una mutazione conosciuta. La presenza di malattia del motoneurone è associata a un più rapido deterioramento.

Marker diagnostici

La tomografia computerizzata (TC) o la risonanza magnetica strutturale (MRI) possono mostrare modelli distinti di atrofia. Nel DNC frontotemporale maggiore o lieve con variante relativa al comportamento, sia i lobi frontali (in particolare i lobi frontali mediali) sia i lobi temporali anteriori sono atrofici. Nel DNC frontotemporale maggiore o lieve con variante relativa al linguaggio semantico, i lobi temporali sono atrofici bilateralmente ma asimmetricamente, con il lato sinistro di norma più colpito. Il DNC frontotemporale maggiore o lieve con variante relativa al linguaggio non fluente è associato ad atrofia fronto-insulare prevalentemente posteriore sinistra. Il DNC frontotemporale maggiore o lieve con variante relativa al linguaggio logopenica è associato con atrofia perisilviana posteriore prevalentemente sinistra o atrofia parietale. L'imaging funzionale mostra ipoperfusione e/o ipometabolismo corticale nelle regioni cerebrali corrispondenti, che possono essere presenti nelle fasi iniziali in assenza di anomalie strutturali. I biomarker emergenti per la malattia di Alzheimer (per es., livelli di beta-amiloide e tau nel liquido cerebrospinale, e imaging dell'amiloide) possono aiutare nella diagnosi differenziale, ma la distinzione dalla malattia di Alzheimer può essere difficile (la variante logopenica è infatti spesso una manifestazione della malattia di Alzheimer).

In casi familiari di DNC frontotemporale, l'identificazione di mutazioni genetiche può aiutare a confermare la diagnosi. Mutazioni associate a DNC frontotemporale comprendono i geni che codificano per tau (MAPT) e per granulina (GRN), C9ORF72, per la proteina TARDBP, per la proteina VCP, per la proteina CHMP2B e per la proteina FUS.

Conseguenze funzionali del disturbo neurocognitivo frontotemporale maggiore o lieve

A causa dell'età relativamente giovane all'esordio del disturbo, esso ha spesso conseguenze sulla vita lavorativa. A causa del coinvolgimento del linguaggio e/o del comportamento, il funzionamneto è spesso più gravemente compromesso relativamente presto nel decorso. Per gli individui con la variante relativa al comportamento, prima di una diagnosi certa ci possono essere notevoli difficoltà in famiglia, coinvolgimento legale e problemi sul posto di lavoro a causa di comportamenti socialmente inappropriati. La compromissione funzionale dovuta a cambiamenti comportamentali e disfunzioni del linguaggio, che può includere iperoralità, vagabondaggio impulsivo e altri comportamenti disinibiti, può superare di molto quella dovuta all'alterazione cognitiva e può portare al collocamento in casa di cura o a istituzionalizzazione. Questi comportamenti possono essere gravemente dirompenti, anche in ambienti di cura strutturati, in particolare quando gli individui sono in buona salute, non fragili, e privi di altre comorbilità mediche.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi neurocognitivi. Altre malattie neurodegenerative possono essere distinte dal DNC frontotemporale maggiore o lieve grazie alle loro caratteristiche. Nel DNC maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer, il declino nell'apprendimento e nella memoria è una caratteristica precoce. Tuttavia, il 10-30% dei pazienti che si presentano con una sindrome suggestiva di DNC frontotemporale maggiore o lieve all'autopsia risultavano avere la malattia di Alzheimer. Ciò si verifica più frequentemente in individui che presentano sindromi disesecutive progressive, in assenza di cambiamenti del comportamento o disturbi del movimento o in quelli con la variante logopenica.

Nel DNC a corpi di Lewy maggiore o lieve, le caratteristiche fondamentali e suggestive di corpi di Lewy devono essere presenti. Nel DNC dovuto a morbo di Parkinson maggiore o lieve, il parkinsonismo spontaneo emerge ben prima del declino cognitivo. Nel DNC vascolare maggiore o lieve, a seconda delle regioni cerebrali colpite, ci possono essere anche perdita di capacità esecutive e cambiamenti comportamentali come apatia, e questo disturbo dovrebbe essere considerato nella diagnosi differenziale. Tuttavia, la storia di un evento cerebrovascolare è temporalmente correlata alla comparsa di compromissione cognitiva in DNC vascolare maggiore o lieve, e il neuroimaging rivela infarti o lesioni della sostanza bianca sufficienti per spiegare il quadro clinico.

Altre condizioni neurologiche. Il DNC frontotemporale maggiore o lieve si sovrappone alla paralisi sopranucleare progressiva, alla degenerazione cortico-basale, e alla malattia del motoneurone clinicamente così come patologicamente. La paralisi sopranucleare progressiva è caratterizzata da paralisi sopranucleare dello sguardo e parkinsonismo assiale predominante. I segni pseudobulbari possono essere presenti, e la retropulsione è spesso prominente. La valutazione neurocognitiva mostra rallentamento psicomotorio, scarsa memoria di lavoro e disfunzione esecutiva. La degenerazione corticobasale si presenta con rigidità asimmetrica, aprassia degli arti, instabilità posturale, mioclono, fenomeno dell'arto alieno e perdita sensoriale corticale. Molti individui con DNC frontotemporale maggiore o lieve variante relativa al comportamento mostrano caratteristiche della malattia del motoneurone, che tendono a essere mescolate con la malattia del motoneurone superiore e prevalentemente inferiore.

Altri disturbi mentali e condizioni mediche. Il DNC frontotemporale maggiore o lieve con variante del comportamento potrebbe essere scambiato per un disturbo mentale primario, come la depressione maggiore, disturbi bipolari, schizofrenia, e gli individui con questa variante sono spesso presenti inizialmente alla psichiatria. Nel corso del tempo, lo sviluppo delle difficoltà neurocognitive progressive aiuterà a fare la distinzione. Un'attenta valutazione medica aiuterà a escludere cause trattabili di DNC, come i disturbi metabolici, carenze nutrizionali e infezioni.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. La malattia ha un esordio insidioso e progressione graduale.

C. Il disturbo soddisfa una combinazione di caratteristiche diagnostiche fondamentali e caratteristiche diagnostiche suggestive per il disturbo neurocognitivo a corpi di Lewy sia probabile sia possibile.

Nel probabile disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy, l'individuo ha due caratteristiche fondamentali, o una caratteristica suggestiva con una o più caratteristiche fondamentali.

Nel **possibile disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy**, l'individuo ha una sola caratteristica fondamentale, o una o più caratteristiche più suggestive.

1. Caratteristiche diagnostiche fondamentali:
   a. Cognitività fluttuante con variazioni marcate di attenzione e vigilanza.
   b. Allucinazioni visive ricorrenti che sono complesse e dettagliate.
   c. Caratteristiche spontanee di parkinsonismo, con esordio seguente allo sviluppo di declino cognitivo.
2. Caratteristiche diagnostiche suggestive:
   a. Soddisfa i criteri per il disturbo comportamentale del sonno REM.
   b. Grave sensibilità ai neurolettici.

D. Il disturbo non è meglio spiegato da malattie cerebrovascolari, un'altra malattia neurodegenerativa, gli effetti di una sostanza o di un altro disturbo mentale, neurologico o sistemico.

Nota di codifica: Nel probabile disturbo neurocognitivo maggiore a corpi di Lewy, con alterazione comportamentale, codificare prima **331.82 (G31.83)** malattia a corpi di Lewy, seguito da **294.11 (F02.81)** probabile disturbo neurocognitivo maggiore a corpi di Lewy, con alterazione comportamentale. Nel probabile disturbo neurocognitivo maggiore a corpi di Lewy, senza alterazione comportamentale, codificare prima **331.82 (G31.83)** malattia del corpo di Lewy, seguito da **294.10 (F02.80)** probabile disturbo neurocognitivo maggiore a corpi di Lewy, senza alterazione comportamentale. Nel possibile disturbo neurocognitivo maggiore a corpi di Lewy, codificare **331.9 (G31.9)** possibile disturbo neurocognitivo maggiore a corpi di Lewy. (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per la malattia a corpi di Lewy. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.)

Per il disturbo neurocognitivo lieve a corpi di Lewy, codificare **331.83 (G31.84)** (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per la malattia a corpi di Lewy. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.)

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy (DNCCL), nel caso del disturbo neurocognitivo (DNC) maggiore, corrisponde alla condizione nota come demenza a corpi di Lewy (DCL). Il disturbo non comprende solo deterioramento cognitivo progressivo (con i primi cambiamenti nell'attenzione complessa e nella funzione esecutiva piuttosto che nell'apprendimento e nella memoria), ma anche ricorrenti allucinazioni visive complesse; e sintomi concomitanti di disturbo comportamentale del sonno REM (che può essere una manifestazione molto precoce), nonché allucinazioni in altre modalità sensoriali, depressione e deliri. I sintomi variano in un pattern che può assomigliare a un delirium, ma può essere trovata un'adeguata causa sottostante. La presentazione variabile dei sintomi di DNCCL riduce la probabilità che tutti i sintomi possano essere osservati in una breve visita clinica e richiede una valutazione approfondita delle osservazioni del caregiver. L'uso di scale di valutazione specificamente progettate per valutare le fluttuazioni può essere di aiuto nella diagnosi. Un'altra caratteristica fondamentale è il parkinsonismo spontaneo, che deve insorgere dopo l'inizio del declino cognitivo; per convenzione, i principali deficit cognitivi sono osservati almeno 1 anno prima dei sintomi motori. Il parkinsonismo deve essere distinto da segni extrapiramidali indotti da neurolettici. Una diagnosi accurata è essenziale per la pianificazione di un trattamento sicuro, in quanto fino al 50% degli individui con DNCCL ha una grave sensibilità alle sostanze neurolettiche, e questi farmaci dovrebbero essere usati con estrema cautela nel gestire le manifestazioni psicotiche.

La diagnosi di DNCCL lieve è appropriata per gli individui che si presentano con caratteristiche fondamentali o suggestive in una fase in cui i deficit cognitivi o funzionali non sono di una gravità tale da soddisfare i criteri per il DNC maggiore. Tuttavia, come per tutti i DNC lievi, ci saranno spesso evidenze insufficienti per giustificare ogni singola eziologia e l'uso della diagnosi senza specificazione è più appropriato.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con DNCCL sperimentano frequentemente ripetute cadute e sincopi ed episodi transitori di inspiegabile perdita della coscienza. Si può osservare una disfunzione autonomica, come ipotensione ortostatica e incontinenza urinaria. Le allucinazioni uditive e altre allucinazioni non visive sono comuni, come lo sono i deliri sistematizzati e la depressione.

Prevalenza

Le poche stime della prevalenza basate sulla popolazione disponibili per il DNCCL vanno da 0,1% a 5% della popolazione anziana generale e dall'1,7% al 30,5% di tutti i casi di demenza. All'esame autoptico, le lesioni patologiche note come corpi di Lewy sono presenti nel 20-35% dei casi di demenza. Il rapporto maschio-femmina è di circa 1,5:1.

Sviluppo e decorso

Il DNCCL è una malattia gradualmente progressiva con esordio insidioso. Tuttavia, spesso c'è una storia prodromica di episodi confusionali (delirium) a esordio acuto, spesso precipitati da una malattia o da un intervento chirurgico. La distinzione tra DNCCL, in cui i corpi di Lewy sono principalmente in posizione corticale, e DNC maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson, in cui la patologia è principalmente nei gangli della base, è nell'ordine in cui emergono i sintomi cognitivi e motori. Nel DNCCL, il declino cognitivo si manifesta precocemente nel corso della malattia, almeno un anno prima della comparsa dei sintomi motori (si veda il paragrafo "Diagnosi differenziale" per questo disturbo).

Il decorso della malattia può essere caratterizzato da plateau occasionali ma alla fine progredisce attraverso la demenza grave fino alla morte. La sopravvivenza media è di 5-7 anni nei campioni clinici. L'esordio dei sintomi si osserva tipicamente tra il sesto e il nono decennio di vita e la maggior parte dei casi ha il suo esordio quando gli individui affetti hanno tra i 70 e gli 80 anni.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Può verificarsi aggregazione familiare e sono stati identificati diversi geni di rischio, ma nella maggior parte dei casi di DNCCL non c'è storia familiare.

Marker diagnostici

La malattia neurodegenerativa sottostante è principalmente una sinucleinopatia dovuta a cambiamenti della conformazione e dell'aggregazione dell'alfa-sinucleina. Test cognitivi oltre l'uso di un breve strumento di screening potrebbero essere necessari per definire chiaramente i deficit. Le scale di valutazione sviluppate per misurare le fluttuazioni possono essere utili. La condizione associata a disturbo comportamenta-

le del sonno REM può essere diagnosticata attraverso uno studio del sonno formale o identificata parlando con il paziente o l'informatore dei sintomi rilevanti. La sensibilità ai neurolettici non è raccomandata come marker diagnostico, ma se presente fa sospettare la presenza di DNCCL. Una caratteristica diagnostica suggestiva è il diminuito uptake del trasportatore della dopamina striatale, evidenziato alla tomografia computerizzata a emissione di singolo fotone (SPECT) o alla tomografia a emissione di positroni (PET).

Altri marker utili dal punto di vista clinico includono la relativa conservazione della struttura temporale mediale alla tomografia computerizzata (TC) / risonanza magnetica (MRI) del cervello; un uptake generalizzato basso alla SPECT/PET con ridotta attività occipitale; anormale scintigrafia miocardica con MIBG che suggerisce denervazione simpatica; evidente attività transitoria a onde lente temporali all'elettroencefalogramma.

Conseguenze funzionali del disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy

Gli individui con DNCCL sono funzionalmente più compromessi di quanto ci si aspetterebbe per i loro deficit cognitivi, se confrontati con individui con altre malattie neurodegenerative, come la malattia di Alzheimer. Questo è in gran parte il risultato di compromissioni motorie e autonomiche, che causano problemi relatvi all'espletamento dei bisogni fisiologici, alla deambulazione e all'alimentazione. Disturbi del sonno e sintomi psichiatrici importanti si possono aggiungere alle difficoltà funzionali. Di conseguenza, la qualità della vita delle persone con DNCCL è spesso molto peggiore di quella degli individui con malattia di Alzheimer.

Diagnosi differenziale

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson. Una caratteristica differenziante fondamentale nella diagnosi clinica è la sequenza temporale in cui il parkinsonismo e il DNC appaiono. Per il DNC dovuto a morbo di Parkinson, l'individuo deve sviluppare declino cognitivo nel contesto di un conclamato morbo di Parkinson; per convenzione, il declino non dovrebbe raggiungere lo stadio di DNC maggiore fino ad almeno 1 anno dopo la diagnosi di Parkinson. Se è passato meno di un anno dall'esordio dei sintomi motori, la diagnosi è DNCCL. Questa distinzione è più chiara per il DNC maggiore rispetto al DNC lieve.

La tempistica e la sequenza di parkinsonismo e DNC lieve possono essere più difficili da determinare perché l'esordio e il quadro clinico possono essere ambigui, e dovrebbe essere diagnosticato un DNC lieve senza specificazione se le altre caratteristiche fondamentali e suggestive sono assenti.

Comorbilità

La patologia a corpi di Lewy coesiste frequentemente con la malattia di Alzheimer e con la patologia da malattia cerebrovascolare, in particolare tra i gruppi di età più avanzata. Nella malattia di Alzheimer, non vi è concomitante patologia da alfa-sinucleina nel 60% dei casi (se si includono i casi limitati all'amigdala). In generale, vi è una maggiore incidenza di patologia a corpi di Lewy in soggetti con demenza rispetto a individui anziani senza demenza.

Disturbo neurocognitivo vascolare maggiore o lieve

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. Le caratteristiche cliniche sono coerenti con un'eziologia vascolare, come suggerito da uno dei seguenti:
   1. L'esordio dei deficit cognitivi è temporalmente legato a uno o più eventi cerebrovascolari.
   2. L'evidenza di declino è prominente nell'attenzione complessa (tra cui la velocità di elaborazione) e nella funzione esecutiva frontale.

C. Ci sono evidenze della presenza di malattia cerebrovascolare dall'anamnesi, dall'esame fisico e/o dal neuroimaging considerate sufficienti a spiegare i deficit neurocognitivi.

D. I sintomi non sono meglio spiegati da un'altra malattia cerebrale o da un disturbo sistemico.

Viene diagnosticato **probabile disturbo neurocognitivo vascolare** se è presente uno dei seguenti; altrimenti dovrebbe essere diagnosticato un **possibile disturbo neurocognitivo vascolare**:

1. I criteri clinici sono supportati da evidenze al neuroimaging di significative lesioni parenchimali attribuite a malattia cerebrovascolare (supportata dal neuroimaging).
2. La sindrome neurocognitiva è temporalmente correlata a uno o più eventi cerebrovascolari documentati.
3. Sono presenti evidenze di malattia cerebrovascolare sia cliniche sia genetiche (per es., arteriopatia cerebrale autosomica dominante con infarti sottocorticali e leucoencefalopatia).

Viene diagnosticato **possibile disturbo neurocognitivo vascolare** se sono soddisfatti i criteri clinici, ma il neuroimaging non è disponibile e non è stabilita una relazione temporale della sindrome neurocognitiva con uno o più eventi cerebrovascolari.

Nota di codifica: Per il probabile disturbo neurocognitivo vascolare maggiore, con alterazione comportamentale, codificare **290.40 (F01.51)**. Per il probabile disturbo neurocognitivo vascolare, senza alterazione comportamentale, codificare **290.40 (F01.50)**. Per il possibile disturbo neurocognitivo vascolare maggiore, con o senza alterazioni del comportamento, codificare **331.9 (G31.9)**. Non è necessario un codice medico aggiuntivo per la malattia cerebrovascolare.

Per il disturbo neurocognitivo vascolare lieve, codificare **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Non* utilizzare un codice aggiuntivo per la malattia vascolare. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma deve essere comunque indicata per iscritto.)

Caratteristiche diagnostiche

La diagnosi di disturbo neurocognitivo vascolare maggiore o lieve (DNC) richiede la presenza di un DNC (Criterio A) e la determinazione che la malattia cerebrovascolare sia la patologia dominante, se non quella esclusiva, che spiega i deficit cognitivi (Criteri B e C). L'eziologia vascolare può variare da patologia dei grossi vasi a patologia dei piccoli vasi; il quadro clinico è quindi molto eterogeneo, a seconda dei tipi di lesioni vascolari e della loro estensione e localizzazione. Le lesioni possono essere focali, multifocali o diffuse e si presentano in varie combinazioni.

Molti individui con DNC vascolare maggiore o lieve si presentano con infarti multipli, con un declino delle funzioni cognitive acuto graduale o fluttuante, e intervengono periodi di stabilità e anche qualche miglioramento. Altri possono presentare un esordio graduale con una progressione lenta, un rapido sviluppo dei deficit seguito da una relativa stabilità, o un altro quadro clinico complesso. Il DNC vascolare maggiore o lieve con esordio graduale e progressione lenta è generalmente dovuto a malattia dei piccoli vasi che conduce a lesioni nella materia bianca, nei gangli della base e/o nel talamo. La progressione graduale in questi casi è spesso scandita da eventi acuti che lasciano deficit neurologici sottili. I deficit cognitivi in questi casi possono essere attribuiti alla rottura dei circuiti corticali-sottocorticali ed è probabile che siano colpite l'attenzione complessa, in particolare la velocità di elaborazione delle informazioni, e la capacità esecutiva.

La valutazione della presenza di una malattia cerebrovascolare si basa sull'anamnesi, sull'esame obiettivo e sul neuroimaging (Criterio C). La certezza eziologica richiede la presenza di anomalie al neuroimaging. La mancanza di neuroimaging può portare a significativa inaccuratezza diagnostica di un infarto cerebrale "silente" e lesioni della sostanza bianca. Tuttavia, se il danno neurocognitivo è associato dal punto di vista temporale a uno o più colpi ben documentati, una diagnosi probabile può essere fatta anche in assenza di neuroimaging. L'evidenza clinica di malattia cerebrovascolare comprende una storia documentata di ictus, con declino cognitivo temporalmente associato all'evento, o segni fisici compatibili con ictus (per es., emiparesi, sindrome pseudobulbare, difetto del campo visivo). Le evidenze al neuroimaging (risonanza magnetica [RM] o tomografia computerizzata [TC]) di malattia cerebrovascolare comprendono uno o più dei seguenti elementi: uno o più grandi infarti o emorragie, un singolo infarto o emorragia in una posizione strategica (per es., nel giro angolare, nel talamo, nel proencefalo basale), due o più infarti lacunari fuori del tronco cerebrale o lesioni della sostanza bianca estese e confluenti. Quest'ultima è spesso definita *malattia dei piccoli vasi* o *alterazioni ischemiche subcorticali* alle valutazioni cliniche al neuroimaging.

Per un DNC vascolare lieve, è generalmente sufficiente una storia di un singolo colpo o di estesa malattia della sostanza bianca. Per un DNC vascolare maggiore, sono generalmente necessari due o più colpi, un ictus in posizione strategica o una combinazione di malattia della materia bianca e uno o più infarti acunari.

Il disturbo non deve essere meglio spiegato da un altro disturbo. Per es., un deficit di memoria prominente all'inizio del decorso suggerirebbe la malattia di Alzheimer, caratteristiche parkinsoniane precoci e prominenti suggerirebbero il morbo di Parkinson, e una stretta associazione tra l'esordio e la depressione suggerirebbe la depressione.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Una valutazione neurologica spesso rivela una storia di ictus e/o episodi ischemici transitori, e segni indicativi di infarti cerebrali. Sono comunemente associati anche cambiamenti di personalità e di umore, abulia, depressione e labilità emotiva. Lo sviluppo di sintomi depressivi a esordio tardivo accompagnati da rallentamento psicomotorio e disfunzione esecutiva è un quadro clinico comune tra gli adulti più anziani con malattia ischemica progressiva dei piccoli vasi ("depressione vascolare").

Prevalenza

Il DNC vascolare maggiore o lieve è la seconda causa più comune di malattie croniche dopo la malattia di Alzheimer. Negli Stati Uniti, la prevalenza stima per la demenza vascolare un range tra lo 0,2% nel gruppo di età 65-70 anni e il 16% nei soggetti di 80 anni e più. Entro i 3 mesi successivi a un ictus, al 20-30% degli individui viene diagnosticata una demenza. Nei casi neuropatologici, la prevalenza della demenza vascolare aumenta dal 13% all'età di 70 anni al 44,6% all'età di 90 anni o più, rispetto alla malattia di Alzheimer (23,6-51%) e alla demenza vascolare combinata con la malattia di Alzheimer (2-46,4%). La prevalenza più alta è stata riportata negli afro-americani rispetto ai caucasici, e nei paesi dell'Est asiatico (per es., Giappone, Cina). La prevalenza è maggiore nei maschi che nelle femmine.

Sviluppo e decorso

Il DNC vascolare maggiore o lieve può verificarsi a qualsiasi età, anche se la prevalenza aumenta in modo esponenziale dopo i 65 anni. In individui più anziani, patologie supplementari possono in parte spiegare i deficit neurocognitivi. Il decorso può variare da un esordio acuto con un miglioramento parziale a un declino graduale, a un declino progressivo, con fluttuazioni e plateau di diversa durata. Un DNC vascolare sottocorticale maggiore o lieve può avere un decorso lentamente progressivo che simula un DNC maggiore o lieve dovuto alla malattia di Alzheimer.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Gli esiti neurocognitivi di lesioni cerebrali vascolari sono influenzati da fattori di neuroplasticità quali l'istruzione, l'esercizio fisico e l'attività mentale.

Fattori genetici e fisiologici. I principali fattori di rischio per un DNC vascolare maggiore o lieve sono uguali a quelli per le malattie cerebrovascolari, tra cui ipertensione, diabete, fumo, obesità, livelli elevati di colesterolo, livelli elevati di omocisteina, altri fattori di rischio per l'aterosclerosi e l'arteriolosclerosi, fibrillazione atriale e altre condizioni che aumentano il rischio di embolia cerebrale. L'angiopatia amiloide cerebrale è un importante fattore di rischio in cui i depositi di amiloide si presentano all'interno dei vasi arteriosi. Un altro fattore di rischio chiave è l'arteriopatia cerebrale autosomica dominante con infarti sottocorticali e leucoencefalopatia, o CADASIL.

Marker diagnostici

Il neuroimaging strutturale, che utilizzi l'RM o la TC, ha un ruolo importante nel processo diagnostico. Non ci sono altri biomarker stabiliti per il DNC vascolare maggiore o lieve.

Conseguenze funzionali del disturbo neurocognitivo vascolare maggiore o lieve

Il DNC vascolare maggiore o lieve è comunemente associato a deficit fisici che causano disabilità supplementari.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi neurocognitivi. Poiché infarti cerebrali accidentali e lesioni della sostanza bianca sono comuni negli anziani, è importante considerare altre possibili eziologie quando è presente un DNC. Una storia di deficit di memoria all'inizio del decorso e il progres-

sivo peggioramento della memoria, del linguaggio, della funzione esecutiva e delle abilità percettivo-motorie in assenza di corrispondenti lesioni focali rilevate all'imaging cerebrale, sono indicativi della malattia di Alzheimer, come diagnosi primaria. I potenziali biomarker attualmente in corso di validazione per la malattia di Alzheimer, come per es. i livelli di beta-amiloide e di tau fosforilata nel liquido cerebrospinale, e l'imaging dell'amiloide, possono rivelarsi utili nella diagnosi differenziale. Il DNC a corpi di Lewy si distingue dal DNC vascolare maggiore o lieve per le caratteristiche fondamentali di cognitività fluttuante, allucinazioni visive e parkinsonismo spontaneo. Mentre i deficit nella funzione esecutiva e nel linguaggio si verificano nel DNC vascolare maggiore o lieve, l'esordio insidioso e la progressione graduale delle caratteristiche comportamentali o della compromissione del linguaggio sono tipici di DNC frontotemporale e non di un'eziologia vascolare.

Altre condizioni mediche. Una diagnosi di DNC vascolare maggiore o lieve non viene fatta se sono presenti altre malattie (per es., tumore cerebrale, sclerosi multipla, encefalite, disturbi tossici o metabolici) e sono di gravità tale da spiegare il deterioramento cognitivo.

Altri disturbi mentali. Una diagnosi di DNC vascolare maggiore o lieve non è appropriata se i sintomi possono essere interamente attribuiti al delirium, sebbene il delirium a volte possa sovrapporsi a un preesistente DNC vascolare maggiore o lieve; in tal caso, entrambe le diagnosi possono essere fatte. Se sono soddisfatti i criteri per il disturbo depressivo maggiore e il deficit cognitivo è temporalmente correlato alla probabile insorgenza della depressione, non dovrebbe essere diagnosticato un DNC vascolare maggiore o lieve. Tuttavia, se il DNC ha preceduto lo sviluppo della depressione, o la gravità del deficit cognitivo è sproporzionata rispetto alla gravità della depressione, dovrebbero essere diagnosticati entrambi.

Comorbilità

Il DNC maggiore o lieve dovuto alla malattia di Alzheimer comunemente si verifica in comorbilità con un DNC vascolare maggiore o lieve, nel qual caso devono essere effettuate entrambe le diagnosi. Il DNC vascolare maggiore o lieve e la depressione spesso si presentano contemporaneamente.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a trauma cranico

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. Vi sono evidenze di un trauma cranico, cioè di un impatto alla testa o di altri meccanismi di rapida agitazione e spostamento del cervello all'interno del cranio, con uno o più dei seguenti:
   1. Perdita di coscienza.
   2. Amnesia post-traumatica.
   3. Disorientamento e confusione.
   4. Segni neurologici (per es., neuroimaging che mostra lesioni; un nuovo esordio di convulsioni; un marcato peggioramento di un disturbo epilettico preesistente; riduzioni del campo visivo; anosmia; emiparesi).

C. Il disturbo neurocognitivo si presenta subito dopo il verificarsi del trauma cranico o subito dopo il recupero della coscienza e persiste oltre il periodo acuto post-trauma.

Nota di codifica: Per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico, con alterazione comportamentale: Per l'ICD-9-CM, codificare prima **907.0** effetto tardivo di lesione intracranica, senza frattura del cranio, seguito da **294.11** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico, con alterazione comportamentale. Per l'ICD-10-CM, codificare prima **S06.2X9S** diffuso trauma cranico con perdita di coscienza di durata non specificata, sequela, seguita da **F02.81** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico, con alterazione comportamentale.

Per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico, senza alterazione comportamentale: Per l'ICD-9-CM, codificare prima **907.0** effetto tardivo di lesione intracranica, senza frattura del cranio, seguito da **294.10** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico, senza alterazione comportamentale. Per l'ICD-10-CM, codificare prima **S06.2X9S** diffuso trauma cranico con perdita di coscienza di durata non specificata, sequela, seguita da **F02.80** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico, senza alterazione comportamentale.

Per il disturbo neurocognitivo lieve dovuto a trauma cranico, codificare **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per il trauma cranico. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma deve comunque essere indicata per iscritto.)

Specificatori

Valutare la gravità del disturbo neurocognitivo (DNC), non il danno cerebrale traumatico sottostante (si veda il paragrafo "Sviluppo e decorso" per questo disturbo).

Caratteristiche diagnostiche

Il DNC maggiore o lieve dovuto a trauma cranico è causato da un impatto alla testa, o da altri meccanismi di movimento rapido o dallo spostamento del cervello all'interno del cranio, come può accadere con lesioni da scoppio. Un *trauma cranico* è definito come un trauma cerebrale con caratteristiche specifiche che includono almeno uno dei seguenti: perdita di coscienza, amnesia post-traumatica, disorientamento e confusione o, nei casi più gravi, segni neurologici (per es., neuroimaging positivo, nuovo esordio di convulsioni o marcato peggioramento di un preesistente disturbo epilettico, riduzioni del campo visivo, anosmia, emiparesi) (Criterio B). Per essere attribuibile a un trauma cranico, il DNC deve presentarsi o immediatamente dopo il verificarsi del trauma cranico o subito dopo che l'individuo ha ripreso coscienza dopo l'infortunio e persiste oltre il periodo acuto post-trauma (Criterio C).

Il quadro cognitivo è variabile. Difficoltà nei settori dell'attenzione complessa, della capacità esecutiva, dell'apprendimento e della memoria sono comuni, così come il rallentamento nella velocità di elaborazione delle informazioni e le alterazioni della cognizione sociale. Nei traumi cranici più gravi in cui vi è contusione cerebrale, emorragia intracranica o ferita penetrante, ci possono essere ulteriori deficit neurocognitivi, come afasia, neglect e disprassia costruttiva.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il DNC maggiore o lieve dovuto a trauma cranico può essere accompagnato da disturbi nella funzione emotiva (per es., irritabilità, facilità alla frustrazione, tensione e ansia, labilità affettiva); cambiamenti di personalità (per es., disinibizione, apatia, sospettosità, aggressività); alterazioni fisiche (per es., mal di testa, faticabilità, disturbi del sonno, vertigini o capogiri, tinnito o iperacusia, fotosensibilità, anosmia, ridotta tolleranza ai farmaci psicotropi); e, in particolare nel trauma cranico più grave, sinto-

mi e segni neurologici (per es., convulsioni, emiparesi, disturbi visivi) ed evidenze di lesioni ortopediche.

Prevalenza

Negli Stati Uniti si verificano ogni anno 1,7 milioni di traumi cranici, che hanno come conseguenza 1,4 milioni di visite al pronto soccorso, 275.000 ricoveri e 52.000 decessi. Circa il 2% della popolazione vive con disabilità associate al trauma cranico. I maschi rappresentano il 59% degli individui con trauma cranico negli Stati Uniti. Le eziologie più comuni di trauma cranico negli Stati Uniti sono cadute, incidenti automobilistici e colpi al capo. Collisioni e colpi alla testa che si verificano nel corso di sport di contatto sono sempre più riconosciuti come fonti di trauma cranico lieve, con il riconoscimento che traumi cranici lievi ripetuti possono avere sequele cumulativamente persistenti.

Sviluppo e decorso

La gravità di un trauma cranico è valutata al momento della lesione/valutazione iniziale come lieve, moderata o grave a seconda delle soglie in Tabella 2.

La gravità di un trauma cranico di per sé non corrisponde necessariamente alla gravità del DNC risultante. Il decorso del recupero dal trauma cranico è variabile, in funzione non solo delle specifiche della lesione ma anche di cofattori, quali l'età, la precedente storia di danno cerebrale o abuso di sostanze, che possono favorire o ostacolare il recupero.

Tabella 2 Livelli di gravità per un trauma cranico

Caratteristica del trauma	Lieve	Moderato	Grave
Perdita di coscienza	< 30 min.	30 min. - 24 ore	> 24 ore
Amnesia post-traumatica	< 24 ore	24 ore - 7 giorni	> 7 giorni
Disorientamento e confusione all'atto della valutazione iniziale (punteggio alla Scala del coma di Glasgow)	13-15 (non inferiore a 13 a 30 min.)	9-12	3-8

I sintomi neurocomportamentali tendono a essere più gravi nel periodo immediatamente successivo al trauma cranico. Tranne nel caso di trauma cranico grave, il decorso tipico è quello di un miglioramento completo o significativo nei sintomi e nei segni neurocognitivi, neurologici e psichiatrici. I sintomi neurocognitivi associati con trauma cranico lieve tendono a risolversi entro pochi giorni o settimane dopo il trauma con risoluzione completa tipicamente entro 3 mesi. Altri sintomi che possono potenzialmente co-verificarsi con sintomi neurologici (per es., depressione, irritabilità, faticabilità, mal di testa, fotosensibilità, alterazioni del sonno), tendono a risolversi nelle settimane successive al trauma cranico lieve. Un significativo conseguente deterioramento in queste aree dovrebbe innescare esami diagnostici addizionali. Tuttavia, un trauma cranico lieve ripetuto può essere associato a un disturbo neurocognitivo persistente.

Con il trauma cranico moderato e grave, oltre alla persistenza di deficit neurocognitivi, ci possono essere complicazioni neurofisiologiche, emotive e comportamentali associate. Queste includono convulsioni (in particolare nel primo anno), fotosensibilità, iperacusia, irritabilità, aggressività, depressione, alterazioni del sonno, stanchezza, apatia, incapacità di riprendere il funzionamento lavorativo e sociale a livello pre-infortunio, e il deterioramento nelle relazioni interpersonali. Trauma cranico moderato e grave sono stati associati a un aumentato rischio di depressione, aggressività, nonché a malattie neurodegenerative come la malattia di Alzheimer.

Le caratteristiche di persistenza del DNC maggiore o lieve dovuto a trauma cranico variano con l'età, la specificità del trauma e altri cofattori. La persistenza della compromissione legata al trauma cranico in un neonato o in un bambino può tradursi in ritardi nel raggiungimento delle tappe di sviluppo (per es., l'acquisizione del linguaggio), peggiore rendimento scolastico e forse compromissione dello sviluppo sociale. Tra gli adolescenti e gli adulti, i sintomi persistenti possono includere vari deficit neurocognitivi, irritabilità, ipersensibilità alla luce e ai suoni, facile faticabilità e cambiamenti di umore, tra cui depressione, ansia, ostilità o apatia. Nei soggetti anziani con riserva cognitiva impoverita, un trauma cranico lieve è più suscettibile di provocare un recupero incompleto.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori di rischio per trauma cranico. I tassi di trauma cranico variano a seconda dell'età, con la prevalenza più alta tra gli individui di età inferiore ai 4 anni, i tardo-adolescenti e le persone di età superiore a 65 anni. Le cadute sono la causa più comune di trauma cranico, con incidenti automobilistici al secondo posto. Traumi sportivi sono frequenti cause di trauma cranico nei bambini più grandi, negli adolescenti e nei giovani adulti.

Fattori di rischio per il disturbo neurocognitivo dopo un trauma cranico. Commozioni cerebrali ripetute possono portare a trauma cranico persistente e a evidenze neuropatologiche di encefalopatia traumatica. La compresenza di un'intossicazione da sostanze può aumentare la gravità del trauma cranico causato da un incidente automobilistico, ma non è noto se l'intossicazione al momento del trauma peggiori l'esito neurocognitivo.

Modificatori del decorso. Il trauma cranico lieve generalmente si risolve in poche settimane o mesi, anche se la risoluzione può essere ritardata o incompleta nel contesto di traumi cranici ripetuti. Il peggioramento dell'esito da trauma cranico moderato a grave è associato con l'avanzare dell'età (età superiore a 40 anni) e con parametri clinici iniziali, come un basso punteggio alla Scala del coma di Glasgow; peggiorata funzione motoria; non-reattività pupillare; ed evidenza della lesione cerebrale alla tomografia computerizzata (TC) (per es., petecchie emorragiche, emorragia subaracnoidea, scissura interemisferica, riduzione del terzo ventricolo).

Marker diagnostici

Oltre ai test neuropsicologici, la TC può rivelare petecchie emorragiche, emorragia subaracnoidea o evidenza di contusione. La risonanza magnetica può rivelare anche iperintensità suggestive di microemorragie.

Conseguenze funzionali del disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a trauma cranico

Con DNC lieve dovuto a trauma cranico, gli individui possono riferire ridotta efficienza cognitiva, difficoltà di concentrazione e diminuzione della capacità di svolgere le attività abituali. Con DNC maggiore dovuto a trauma cranico, un individuo può avere difficoltà a condurre una vita indipendente e a prendersi cura di sé. Caratteristiche neuromotorie importanti, quali incoordinazione grave, atassia e rallentamento motorio, possono essere presenti nel DNC maggiore dovuto a trauma cranico e possono aggiun-

gersi alle difficoltà funzionali. Gli individui con anamnesi di trauma cranico riportano più sintomi depressivi, e questi possono amplificare le lamentele cognitive e peggiorare l'esito funzionale. Inoltre, la perdita di controllo emotivo, compresi affetto aggressivo o inappropriato e apatia, può essere presente dopo un trauma cranico più grave con maggiore compromissione neurocognitiva. Queste caratteristiche possono aggravare le difficoltà a condurre una vita indipendente e a prendersi cura di sé.

Diagnosi differenziale

In alcuni casi, la gravità dei sintomi neurocognitivi può apparire in contrasto con la gravità del trauma cranico. Dopo aver escluso complicazioni neurologiche non rilevate in precedenza (per es., ematoma cronico), deve essere considerata la possibilità di diagnosi di disturbo da sintomi somatici o disturbo fittizio. Il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) può co-verificarsi con il DNC e hanno sintomi sovrapposti (per es., difficoltà di concentrazione, umore depresso, disinibizione comportamentale aggressiva).

Comorbilità

Tra gli individui con disturbo da uso di sostanze, gli effetti neurocognitivi della sostanza contribuiscono al cambiamento neurocognitivo associato al trauma cranico o lo complicano. Alcuni sintomi associati al trauma cranico possono sovrapporsi con sintomi trovati in casi di DSPT, e i due disturbi possono co-verificarsi, soprattutto nelle popolazioni militari.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. Le compromissioni neurocognitive non si manifestano esclusivamente durante il corso di un delirium e persistono oltre il consueto periodo di intossicazione e astinenza acuta.

C. La sostanza o il farmaco coinvolti e la durata e l'entità dell'uso sono in grado di produrre la compromissione neurocognitiva.

D. Il decorso temporale dei deficit neurocognitivi è coerente con la tempistica dell'uso e dell'astinenza della sostanza o del farmaco (per es., i deficit rimangono stabili o migliorano dopo un periodo di astinenza).

E. Il disturbo neurocognitivo non è attribuibile a un'altra condizione medica o non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Nota di codifica: I codici ICD-9-CM e ICD-10-CM per i disturbi neurocognitivi indotti da [specifica sostanza/farmaco] sono indicati nella tabella sottostante. Da notare che il codice ICD-10-CM dipende dal fatto che vi sia, o non vi sia, in comorbilità un disturbo da uso di sostanze per la stessa classe di sostanze. Se vi è un disturbo da uso di sostanze lieve in comorbilità con il disturbo neurocognitivo indotto da sostanze, il carattere in 4ª posizione è "1" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] lieve" prima del disturbo neurocognitivo indotto da sostanze (per es., "disturbo da uso di inalanti lieve con disturbo neurocognitivo maggiore indotto da inalanti"). Se vi è un disturbo da uso di sostanze moderato o grave in comorbilità con il disturbo neurocognitivo indotto da sostanze, il carattere in 4ª posizione è "2" e il clinico dovrebbe registrare "disturbo da uso di [sostanza] moderato" o "disturbo da uso di [sostanza] grave", a seconda della gravità del disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Se non vi è un disturbo da uso di sostanze in comorbilità, allora il carattere nella 4ª posizione è "9" e il clinico dovrebbe registrare solo il disturbo neurocognitivo indotto da sostanze. Per alcune classi di sostanze (per es., alcol, sedativi, ipnotici, ansiolitici), non è possibile codificare la comorbilità di un disturbo da uso di sostanze lieve con un disturbo neurocognitivo indotto da sostanze. Solo un disturbo da uso di sostanze moderato o grave o un disturbo non correlato a sostanze può essere diagnosticato. Le alterazioni del comportamento non possono essere codificate, ma dovrebbero comunque essere indicate per iscritto.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Con disturbo da uso, lieve	Con disturbo da uso, moderato o grave	Senza disturbo da uso
Alcol (disturbo neurocognitivo maggiore), tipo non amnestico confabulatorio	291.2	NA	F10.27	F10.97
Alcol (disturbo neurocognitivo maggiore), tipo amnestico confabulatorio	291.1	NA	F10.26	F10.96
Alcol (disturbo neurocognitivo lieve)	291.89	NA	F10.288	F10.988
Inalanti (disturbo neurocognitivo maggiore)	292.82	F18.17	F18.27	F18.97
Inalanti (disturbo neurocognitivo lieve)	292.89	F18.188	F18.288	F18.988
Sedativi, ipnotici o ansiolitici (disturbo neurocognitivo maggiore)	292.82	NA	F13.27	F13.97
Sedativi, ipnotici o ansiolitici (disturbo neurocognitivo lieve)	292.89	NA	F13.288	F13.988
Altra (o sconosciuta) sostanza (disturbo neurocognitivo maggiore)	292.82	F19.17	F19.27	F19.97
Altra (o sconosciuta) sostanza (disturbo neurocognitivo lieve)	292.89	F19.188	F19.288	F19.988

Specificare se:

Persistente: La compromissione neurocognitiva continua a essere significativa dopo un periodo di astinenza prolungata.

Procedure di registrazione

ICD-9-CM. La denominazione del disturbo neurocognitivo indotto da sostanze/farmaci contiene il nome della specifica sostanza/farmaco (per es., alcol) che si presume sia la causa dei sintomi neurocognitivi. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che è basata sulle classi di droghe. Per le sostanze che non rien-

trano in nessuna delle classi, dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze"; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico, ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

La denominazione del disturbo (per es., disturbo neurocognitivo maggiore indotto da [sostanza specifica] o disturbo neurocognitivo lieve indotto da [sostanza specifica]) è seguita dal tipo nel caso di alcol (cioè tipo non amnestico confabulatorio, tipo amnestico confabulatorio), seguito dalla specificazione del decorso (cioè persistente). A differenza delle procedure di registrazione dell'ICD-10-CM, che combinano il disturbo indotto da sostanze e il disturbo da uso di sostanze, per l'ICD-9-CM viene assegnato un codice diagnostico separato per il disturbo da uso di sostanze. Per esempio, nel caso di sintomi amnestici confabulatori persistenti in un uomo con un disturbo da uso di alcol grave, la diagnosi è 291.1 disturbo neurocognitivo maggiore indotto da alcol, tipo amnestico confabulatorio, persistente. Viene attribuita una diagnosi aggiuntiva di 303.90 disturbo da uso di alcol grave. Se il disturbo neurocognitivo indotto da sostanze/farmaci si presenta non in comorbilità con un disturbo da uso di sostanze (per es., dopo l'uso pesante sporadico di inalanti), non viene annotato nessun disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., 292.82 disturbo neurocognitivo lieve indotto da inalanti).

ICD-10-CM. La denominazione del disturbo neurocognitivo indotto da sostanze/farmaci contiene il nome della specifica sostanza/farmaco (per es., alcol) che si presume sia la causa dei sintomi neurocognitivi. Il codice diagnostico viene selezionato dalla tabella inclusa nel set di criteri, che è basata sulle classi di droghe e sulla presenza o assenza di un disturbo da uso di sostanze in comorbilità. Per le sostanze che non rientrano in nessuna delle classi, dovrebbe essere usato il codice per "altre sostanze"; e nei casi in cui si giudica che una sostanza sia un fattore eziologico, ma la classe specifica della sostanza sia sconosciuta, dovrebbe essere usata la categoria "sostanza sconosciuta".

Quando si registra la denominazione del disturbo, il disturbo da uso di sostanze in comorbilità (se presente) viene elencato per primo, seguito dal termine *con*, seguito dalla denominazione del disturbo (per es., disturbo neurocognitivo grave indotto da [sostanza specifica] o disturbo neurocognitivo lieve indotto da [sostanza specifica]), seguito dal tipo nel caso di alcol (cioè tipo non amnestico confabulatorio, tipo amnestico confabulatorio), seguito dalla specificazione del decorso (cioè persistente). Per esempio, nel caso di sintomi amnestici confabulatori persistenti in un uomo con un grave disturbo da uso di alcol, la diagnosi è F10.26 grave disturbo da uso di alcol con disturbo neurocognitivo maggiore indotto da alcol, tipo amnestico confabulatorio, persistente. Non viene posta una diagnosi separata del grave disturbo da uso di alcol in comorbilità. Se il disturbo neurocognitivo indotto da sostanze si verifica senza un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (per es., dopo l'uso pesante sporadico di inalanti), non viene annotato nessun disturbo da uso di sostanze concomitante (per es., F18.988 disturbo neurocognitivo lieve indotto da inalanti).

Caratteristiche diagnostiche

Il DNC maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci è caratterizzato da compromissioni neurocognitive che persistono oltre la normale durata dell'intossicazione e dell'astinenza acuta (Criterio B). Inizialmente, queste manifestazioni possono riflettere una lenta ripresa delle funzioni cerebrali dopo un periodo di uso prolungato della sostanza, e per molti mesi si possono osservare miglioramenti negli indicatori neurocognitivi nonché negli indicatori di brain imaging. Se il disturbo si protrae per un periodo prolungato, occorre specificare *persistente*. Deve essere noto che la sostanza in questione e il

suo uso siano in grado di provocare le compromissioni osservate (Criterio C). Mentre i decrementi non specifici in una gamma di abilità cognitive possono verificarsi con quasi qualsiasi sostanza di abuso e una varietà di farmaci, alcuni pattern si verificano più frequentemente con classi di farmaci specifiche. Per esempio, il DNC indotto da farmaci sedativi, ipnotici o ansiolitici (per es., benzodiazepine, barbiturici) può presentare maggiori alterazioni della memoria che di altre funzioni cognitive. Il DNC indotto da alcol si manifesta frequentemente con una combinazione di danni nei domini della funzione esecutiva, della memoria e dell'apprendimento. Il decorso temporale del DNC indotto da sostanze deve essere coerente con quello dell'uso della sostanza data (Criterio D). Nel DNC amnestico confabulatorio indotto da alcol (DNC di Korsakoff), le caratteristiche includono amnesia prominente (grave difficoltà di apprendimento di nuove informazioni con un rapido oblio) e tendenza alla confabulazione. Queste manifestazioni possono co-verificarsi con segni di encefalopatia da carenza di tiamina (encefalopatia di Wernicke) con caratteristiche associate come nistagmo e atassia. L'oftalmoplegia dell'encefalopatia di Wernicke è tipicamente caratterizzata da paralisi laterale dello sguardo.

In aggiunta ai, o indipendentemente dai, sintomi neurocognitivi più comuni relativi al consumo di metamfetamine (per es., difficoltà di apprendimento e memoria; funzione esecutiva), l'uso della metamfetamina può essere associato anche con evidenze di danno vascolare (per es., debolezza focale, incoordinazione unilaterale, riflessi asimmetrici). Il profilo neurocognitivo più comune è simile a quello che si osserva nel DNC vascolare.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il DNC di durata intermedia indotto da farmaci con effetti depressivi sul sistema nervoso centrale può manifestarsi con sintomi aggiuntivi di maggiore irritabilità, ansia, alterazioni del sonno e disforia. Il DNC di durata intermedia indotto da farmaci stimolanti può manifestarsi con depressione reattiva, ipersonnia e apatia. Nelle forme gravi di DNC maggiore indotto da sostanze/farmaci (per es., associato all'uso prolungato di alcol), ci possono essere caratteristiche neuromotorie prominenti, quali incoordinazione, atassia e rallentamento motorio. Ci può essere anche la perdita di controllo emotivo, compresi affetto aggressivo o inadeguato, o apatia.

Prevalenza

La prevalenza di queste condizioni non è nota. I dati di prevalenza per l'abuso di sostanze sono disponibili, e i DNC maggiore o lieve indotti da sostanze/farmaci sono più probabili, negli individui più anziani, che hanno fatto uso di sostanze più a lungo, e che hanno altri fattori di rischio come deficit nutrizionali.

Per l'abuso di alcol, il tasso di DNC lieve di durata intermedia è di circa il 30-40% nei primi due mesi di astinenza. Il DNC lieve può persistere, in particolare in quegli individui che non raggiungono un'astinenza stabile fino a dopo i 50 anni. Il DNC maggiore è raro e può derivare da deficit nutrizionali concomitanti, come il DNC amnestico confabulatorio indotto da alcol.

Un DNC indotto da sostanze/farmaci di durata intermedia si può presentare in un terzo o più degli individui che hanno interrotto l'uso di cocaina, metamfetamine, oppiacei, fenciclidina e sedativi, ipnotici o ansiolitici, e vi è qualche evidenza che queste sostanze possono anche essere associate con DNC lieve persistente. Un DNC maggiore associato a queste sostanze è raro, se mai si verifica. Nel caso delle metamfetamine, può presentarsi anche malattia cerebrovascolare, con conseguente lesione cerebrale focale o diffusa

che può essere di livello neurocognitivo maggiore o lieve. L'esposizione ai solventi è stata collegata sia al DNC maggiore sia al DNC lieve sia di durata intermedia sia persistente.

La presenza di DNC indotto da cannabis e allucinogeni vari è controversa. Con la cannabis, l'intossicazione è accompagnata da varie alterazioni neurocognitive, ma queste tendono a scomparire con l'astinenza.

Sviluppo e decorso

I disturbi da uso di sostanze tendono ad avere inizio durante l'adolescenza e un picco tra i 20 e i 30 anni. Anche se una storia più lunga di disturbo da uso di sostanze grave è associata a una maggiore probabilità di DNC, i rapporti non sono semplici, con recupero significativo e addirittura completo delle funzioni neurocognitive che può essere comune tra gli individui che raggiungono l'astinenza stabile prima dell'età di 50 anni. Il DNC maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci è più probabile che diventi persistente in individui che continuano a fare uso di sostanze dopo i 50 anni, presumibilmente a causa di una combinazione di diminuita plasticità neurale ed esordi di altri cambiamenti cerebrali legati all'età. Un inizio precoce di abuso, in particolare di alcol, può portare a difetti nel successivo sviluppo neurale (per es., nelle fasi successive di maturazione dei circuiti frontali), che possono avere effetti sulla cognizione sociale, così come su altre abilità neurocognitive. Per il DNC indotto da alcol, ci può essere un effetto additivo dell'invecchiamento e di lesioni cerebrali indotte dall'alcol.

Fattori di rischio e prognosi

I fattori di rischio per DNC indotto da sostanze/farmaci comprendono l'età avanzata, l'uso prolungato e l'uso persistente oltre l'età di 50 anni. Inoltre, carenze nutrizionali prolungate malattie epatiche, fattori di rischio vascolare e malattia cardiovascolare e cerebrovascolare possono contribuire al rischio di DNC indotto da alcol.

Marker diagnostici

La risonanza magnetica (RM) dei soggetti con abuso cronico di alcol rivela spesso assottigliamento corticale, perdita di sostanza bianca e allargamento di solchi e ventricoli. Mentre le anomalie al neuroimaging sono più comuni negli individui con DNC, è possibile osservare DNC senza anomalie al neuroimaging, e viceversa. Tecniche specializzate (per es., imaging con tensore di diffusione) possono rivelare danni a specifici tratti della sostanza bianca. La spettroscopia di risonanza magnetica può rivelare una riduzione nell'*N*-acetilaspartato, e aumento dei marker di infiammazione (per es., mioinotisolo) o lesioni della sostanza bianca (per es., colina). Molti di questi cambiamenti all'imaging cerebrale e di queste manifestazioni neurocognitive si invertono in seguito al successo dell'astinenza. Nei soggetti con disturbo da uso di metamfetamine, la RM può rivelare anche iperintensità suggestive di microemorragie o di grandi aree di infarto.

Conseguenze funzionali del disturbo neurocognitivo maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci

Le conseguenze funzionali del disturbo neurocognitivo lieve indotto da sostanze/farmaci sono talvolta aggravate da una ridotta efficienza cognitiva e da difficoltà di concentrazione superiori a quelle che si osservano in molti altri DNC. Inoltre, sia al livello maggiore sia a quello lieve, il DNC indotto da sostanze/farmaci potrebbe essere associato a sindromi motorie che aumentano il livello di compromissione funzionale.

Diagnosi differenziale

Gli individui con disturbi da uso di sostanze, intossicazione da sostanze e astinenza da sostanze hanno un maggiore rischio per altre condizioni che possono autonomamente, o attraverso un effetto di sommazione, causare alterazioni neurocognitive. Queste includono una storia di trauma cranico e di infezioni che possono accompagnare il disturbo da uso di sostanze (per es., HIV, virus dell'epatite C, sifilide). Pertanto, la presenza di DNC maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci dovrebbe essere differenziata dai DNC che si presentano fuori del contesto di uso di sostanze, intossicazione da sostanza e astinenza da sostanza, comprese queste condizioni concomitanti (per es., trauma cranico).

Comorbilità

I disturbi da uso di sostanze, l'intossicazione da sostanze e l'astinenza da sostanze hanno una comorbilità elevata con altri disturbi mentali. Il disturbo da stress post-traumatico, i disturbi psicotici, i disturbi depressivi e bipolari, i disturbi del neurosviluppo in comorbilità possono contribuire alla compromissione neurocognitiva nei consumatori di sostanze. I traumi cranici si presentano più frequentemente con l'uso di sostanze, complicando gli sforzi per determinare l'eziologia dei DNC in tali casi. Il disturbo da uso di alcol grave, prolungato, può essere associato a una grave malattia organica sistemica, tra cui malattia cerebrovascolare e cirrosi. Il DNC indotto da amfetamina può essere accompagnato da DNC vascolare maggiore o lieve, anche secondario a uso di amfetamine.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a infezione da HIV

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. È presente una documentata infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV).

C. Il disturbo neurocognitivo non è meglio spiegato da condizioni di non-HIV, comprese le malattie cerebrali secondarie come la leucoencefalopatia multifocale progressiva o la meningite criptococcica.

D. Il disturbo neurocognitivo non è attribuibile a un'altra condizione medica e non è meglio spiegato da un disturbo mentale.

Nota di codifica: Per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a infezione da HIV, con alterazione comportamentale, codificare prima **042 (B20)** infezione da HIV, seguito da **294.11 (F02.81)** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a infezione da HIV, con alterazione comportamentale. Per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a infezione da HIV, senza alterazione comportamentale, codificare prima **042 (B20)** infezione da HIV, seguito da **294.10 (F02.80)** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a infezione da HIV, senza alterazione comportamentale.

Per il disturbo neurocognitivo lieve dovuto a infezione da HIV, codificare **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per l'infezione da HIV. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.)

Caratteristiche diagnostiche

L'HIV è causata da infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (HIV-1), che si acquisisce attraverso l'esposizione a fluidi corporei di una persona infetta attraverso l'uso di droghe per iniezione, rapporti sessuali non protetti o esposizione accidentale o iatrogena (per es., fornitura di sangue contaminato, lesioni dovute a punture con gli aghi per quanto riguarda il personale medico). L'HIV infetta diversi tipi di cellule, particolarmente le cellule immunitarie. Nel corso del tempo, l'infezione può causare grave deplezione dei linfociti "T-helper" (CD4), con conseguente grave immunocompromissione, causando spesso infezioni opportunistiche e neoplasie. Questa forma avanzata di infezione da HIV è definita *sindrome da immunodeficienza acquisita* (AIDS). La diagnosi di HIV viene confermata con metodi di laboratorio riconosciuti come il test ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) e/o il test della reazione a catena della polimerasi.

Alcuni individui con infezione da HIV sviluppano un DNC, che generalmente mostra un "pattern sottocorticale" con funzione esecutiva evidentemente alterata, rallentamento della velocità di elaborazione, problemi con compiti che richiedono particolare attenzione e difficoltà di apprendimento di nuove informazioni, ma meno problemi con la rievocazione di informazioni apprese. Nel DNC maggiore, il rallentamento potrebbe essere prominente. Difficoltà linguistiche, come afasia, sono rare, anche se possono essere osservate riduzioni nella scioltezza. I processi patogeni dell'HIV possono colpire qualsiasi parte del cervello; pertanto, sono possibili altri pattern.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il DNC maggiore o lieve dovuto a infezione da HIV è generalmente più frequente nei soggetti con precedenti episodi di grave immunosoppressione, elevata carica virale nel liquido cerebrospinale e indicatori di uno stadio avanzato dell'HIV come anemia e ipoalbuminemia. Gli individui con DNC avanzato possono fare esperienza di caratteristiche neuromotorie prominenti quali incoordinazione grave, atassia e rallentamento motorio. Ci può essere perdita di controllo emotivo, compresi affetto aggressivo o inappropriato e apatia.

Prevalenza

A seconda della fase della malattia da HIV, da circa un terzo a oltre la metà degli individui infettati dal virus HIV hanno almeno un disturbo neurocognitivo lieve, ma alcune di queste alterazioni possono non soddisfare i criteri per DNC lieve. Si stima che il 25% degli individui con HIV avrà segni e sintomi che soddisfano i criteri per DNC lieve, e in meno del 5% sarebbero soddisfatti i criteri per DNC maggiore.

Sviluppo e decorso

Un DNC dovuto a infezione da HIV può risolversi, migliorare, peggiorare lentamente o avere un decorso fluttuante. Una progressione rapida verso una profonda compromissione neurocognitiva è rara nel contesto di trattamento antivirale combinato attualmente disponibile; di conseguenza, un brusco cambiamento dello status mentale in un individuo con HIV può richiedere una valutazione di altre fonti mediche per il cambiamento cognitivo, comprese le infezioni secondarie. Poiché l'infezione da HIV colpisce preferenzialmente regioni sottocorticali nel corso della malattia, inclusa la materia bianca profonda, la progressione della malattia segue un pattern "sottocorticale".

Poiché l'HIV può influenzare una varietà di regioni del cervello, e la malattia può assumere molte traiettorie diverse a seconda delle comorbilità e delle conseguenze associate all'HIV, il decorso complessivo di un DNC dovuto a infezione da HIV ha una notevole eterogeneità. Un profilo neurocognitivo sottocorticale può interagire con l'età nel corso della vita, quando rallentamento psicomotorio e compromissioni motorie come andatura rallentata possono verificarsi come conseguenza di altre patologie legate all'età, tanto che la progressione complessiva può apparire più pronunciata nella vita adulta. Nei paesi sviluppati, la malattia da HIV è una condizione che riguarda soprattutto gli adulti, e viene acquisita tramite comportamenti a rischio (per es., rapporti sessuali non protetti, iniezioni di droga) che iniziano nella tarda adolescenza e hanno un picco durante la giovinezza e l'età adulta. Nei paesi in via di sviluppo, nell'Africa subsahariana in particolare, dove i test per l'HIV e i trattamenti antiretrovirali per le donne incinte non sono facilmente disponibili, la trasmissione perinatale è comune. Il DNC nei neonati e nei bambini può manifestarsi principalmente come un ritardo del neurosviluppo. Poiché gli individui trattati per l'HIV sopravvivono fino all'età avanzata, sono possibili effetti neurocognitivi additivi e interattivi dell'HIV e dell'invecchiamento, compresi altri DNC (per es., dovuto a malattia di Alzheimer, dovuto a morbo di Parkinson).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori di rischio e prognosi per l'infezione da HIV. I fattori di rischio per l'infezione da HIV includono le iniezioni per uso di droghe, sesso non protetto, e la fornitura di sangue non protetta e altri fattori iatrogeni.

Fattori di rischio e prognosi per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a infezione da HIV. Paradossalmente, il DNC dovuto a infezione da HIV non è diminuito in modo significativo con l'avvento della terapia antiretrovirale combinata, anche se i quadri clinici più gravi (compatibili con la diagnosi di importanti DNC) sono diminuiti drasticamente. Fattori che contribuiscono possono includere un controllo inadeguato del virus HIV nel sistema nervoso centrale (SNC), l'evoluzione di ceppi virali resistenti ai farmaci, gli effetti di infiammazione sistemica e cerebrale cronica a lungo termine e gli effetti di fattori concomitanti come l'invecchiamento, l'abuso di droga, una storia pregressa di traumi del sistema nervoso centrale e co-infezioni, come per esempio il virus dell'epatite C. L'esposizione cronica ai farmaci antiretrovirali solleva la possibilità di neurotossicità, anche se questa non è stata stabilita definitivamente.

Marker diagnostici

Un test HIV è necessario per la diagnosi. Inoltre, la caratterizzazione dell'HIV nel fluido cerebrospinale può essere utile se rivela un carico virale sproporzionato nel liquido cerebrospinale rispetto al plasma. Il neuroimaging (cioè risonanza magnetica [RM]) può rivelare una riduzione del volume cerebrale totale, assottigliamento corticale, riduzione del volume della materia bianca e zone di sostanza bianca anomala (iperintensità). L'RM o una puntura lombare possono essere utili per escludere una condizione medica specifica come l'infezione da cryptococcus o l'encefalite erpetica che possono contribuire ai cambiamenti del CNS nel contesto dell'AIDS. Tecniche specializzate come l'imaging con tensore di diffusione possono rivelare danni specifici a tratti della sostanza bianca.

Conseguenze funzionali del disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a infezione da HIV

Le conseguenze funzionali del DNC maggiore o lieve dovuto a infezione da HIV sono variabili negli individui. Così, le abilità esecutive compromesse e il rallentamento dell'elaborazione delle informazioni possono interferire notevolmente con le decisioni relative alla complessa gestione della malattia richieste per l'adesione al regime di terapia antiretrovirale combinata. La probabilità di comorbilità può creare ulteriori problemi funzionali.

Diagnosi differenziale

In presenza di comorbilità, come altre infezioni (per es., virus dell'epatite C, sifilide), abuso di droghe (per es., abuso di metamfetamina) o pregresse lesioni alla testa o condizioni relative al neurosviluppo, può essere diagnosticato un DNC maggiore o lieve dovuto a infezione da HIV a condizione che vi sia la prova che l'infezione da HIV ha peggiorato il DNC dovuto a tali condizioni preesistenti o in comorbilità. Tra gli adulti più anziani, può essere necessario differenziare l'esordio del declino neurocognitivo legato alla malattia cerebrovascolare o neurodegenerativa (per es., DNC maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer). In generale, lo status neurocognitivo stabile, fluttuante (senza progressione) o in miglioramento favorirebbe l'eziologia da HIV, dato che il deterioramento continuo o graduale suggerirebbe eziologia neurodegenerativa o vascolare. Poiché un'immunodeficienza più grave può causare infezioni opportunistiche del cervello (per es., toxoplasmosi, criptococcosi) e neoplasie (per es., linfoma del SNC), l'esordio improvviso di un DNC o l'improvviso peggioramento di quel disturbo richiede un'investigazione attiva delle eziologie non-HIV.

Comorbilità

La malattia da HIV è accompagnata da infiammazione neurologica e sistemica cronica che può essere associata a una malattia cerebrovascolare e a una sindrome metabolica. Queste complicazioni possono essere parte della patogenesi del DNC maggiore o lieve dovuta a infezione da HIV. L'HIV si presenta di frequente contemporaneamente con condizioni come i disturbi da uso di sostanze quando la sostanza è stata iniettata e altri disturbi sessualmente trasmissibili.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattie da prioni

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. C'è esordio insidioso ed è comune una rapida progressione della compromissione.

C. Ci sono caratteristiche motorie delle malattie da prioni, come mioclono o atassia, o evidenze di biomarker.

D. Il disturbo neurocognitivo non è attribuibile a un'altra condizione medica e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Nota di codifica: Per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattie da prioni, con alterazione comportamentale, codificare prima **046.79 (A81.9)** malattie da prioni, seguito da **294.11 (F02.81)** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattie da prioni, con alterazione comportamentale. Per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattie da prioni, senza alterazione comportamentale, codificare prima **046.79 (A81.9)** malattie da prioni, seguito da **294.10 (F02.80)** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattie da prioni, senza alterazione comportamentale.

Per il disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattie da prioni, codificare **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per le malattie da prioni. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.)

Caratteristiche diagnostiche

La classificazione del disturbo neurocognitivo (DNC) maggiore o lieve dovuto a malattie da prioni include i DNC dovuti a un gruppo di encefalopatie spongiformi subacute (compresi malattia di Creutzfeldt-Jakob, variante di Creutzfeldt-Jakob, kuru, sindrome di Gerstmann-Straussler-Scheinker e insonnia fatale) causate da agenti trasmissibili noti come *prioni*. Il tipo più comune è la malattia di Creutzfeldt-Jakob sporadica, generalmente indicata come la malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ). La MCJ variante è molto più rara ed è associata con la trasmissione dell'encefalopatia spongiforme bovina, detta anche "malattia della mucca pazza". In genere, gli individui con MCJ presentano deficit neurocognitivi, atassia e movimenti anomali come mioclono, corea o distonia; è comune anche un riflesso di trasalimento. Tipicamente, l'anamnesi rivela rapida progressione verso un DNC maggiore in poco più di 6 mesi, e quindi il disturbo si osserva tipicamente solo a livello maggiore. Tuttavia, molti individui con questo disturbo possono avere quadri clinici atipici, e la malattia può essere confermata solo dalla biopsia o dall'autopsia. Gli individui con la MCJ variante possono manifestare una maggiore prevalenza di sintomi psichiatrici, caratterizzati da umore basso, ritiro e ansia. Le malattie da prioni di solito non sono diagnosticate senza almeno uno dei biomarker caratteristici: lesioni rilevate alla risonanza magnetica pesata con diffusione o FLAIR (*fluid attenuated inversion recovery*), proteina tau o proteina 14-3-3 nel fluido cerebrospinale, caratteristiche onde trifasiche all'elettroencefalogramma o, per le forme familiari rare, storia familiare o test genetici.

Prevalenza

L'incidenza annuale di MCJ sporadica è di circa uno o due casi per milione di abitanti. La prevalenza non è nota, ma è molto bassa data la breve sopravvivenza.

Sviluppo e decorso

Le malattie da prioni possono svilupparsi a qualsiasi età negli adulti – il picco di età per la MCJ sporadica è di circa 67 anni – anche se è stato riscontrato in individui che vanno dall'adolescenza alla fine vita. Sintomi prodromici di malattie da prioni possono includere stanchezza, ansia, problemi di appetito o sonno, o difficoltà di concentrazione. Dopo diverse settimane, questi sintomi possono essere seguiti da incoordinazione, visione alterata o disturbi della deambulazione o di altri movimenti che possono essere mioclono, corea o ballismo, con una demenza che progredisce rapidamente. La malattia progredisce in genere molto rapidamente al livello maggiore di compromissione in diversi mesi. Più raramente, può progredire per oltre 2 anni e appare simile nel decorso ad altri DNC.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. È stata dimostrata la trasmissione interspecie di infezioni da prioni, con agenti che sono strettamente legati alla forma umana (per es., l'epidemia di encefalopatia spongiforme bovina che ha introdotto la MCJ variante nel Regno Unito du-

rante la metà degli anni 1990). La trasmissione da trapianto di cornea e da iniezioni di fattore di crescita umana è stata documentata, e sono stati riportati casi aneddotici di trasmissione agli operatori sanitari.

Fattori genetici e fisiologici. C'è una componente genetica nel 15% dei casi, associata a una mutazione autosomica dominante.

Marker diagnostici

Le malattie da prioni possono essere definitivamente confermate solo dalla biopsia o dall'autopsia. Benché non ci siano risultati specifici per l'analisi del liquido cerebrospinale per le malattie da prioni, vengono sviluppati biomarker affidabili che comprendono la proteina 14-3-3 (in particolare per MCJ sporadica), così come la proteina tau. La risonanza magnetica cerebrale è attualmente considerato il test diagnostico più sensibile quando viene eseguita la risonanza magnetica pesata con diffusione, ove il reperto più comune è iperintensità multifocale della materia grigia nelle regioni subcorticali e corticali. In alcuni individui, l'elettroencefalogramma rivela andamento periodico, spesso trifasico e con periodi sincroni a una velocità di 0,5-2 Hz a un certo punto durante il corso della malattia.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi neurocognitivi maggiori. Il DNC maggiore dovuto a malattie da prioni può apparire simile nel suo decorso ad altri DNC, ma le malattie da prioni si distinguono generalmente per la loro progressione rapida e prominenti sintomi cerebellari e motori.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. L'anomalia si verifica nel contesto di conclamato morbo di Parkinson.

C. C'è esordio insidioso e graduale progressione della compromissione.

D. Il disturbo neurocognitivo non è attribuibile a un'altra condizione medica e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Il **probabile disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson** deve essere diagnosticato se sono soddisfatti sia 1 sia 2. Il **possibile disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson** dovrebbe essere diagnosticato se si verificano 1 o 2:

1. Non vi è alcuna evidenza di eziologia mista (cioè assenza di un'altra malattia neurodegenerativa o cerebrovascolare o di un'altra malattia o condizione neurologica, mentale o sistemica che sia probabile che contribuisca al declino cognitivo).
2. Il morbo di Parkinson precede chiaramente l'esordio del disturbo neurocognitivo.

Nota di codifica: Per il probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a morbo di Parkinson, con alterazione comportamentale, codificare prima **332.0 (G20)** morbo di Parkinson, seguito da **294.11 (F02.81)** probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a morbo di Parkinson, con alterazione comportamentale. Per il probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a morbo di Parkinson, senza alterazione comportamentale, codificare prima **332.0 (G20)** morbo di Parkinson, seguito da **294.10 (F02.80)** probabile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a morbo di Parkinson, senza alterazione comportamentale.

Per il possibile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a morbo di Parkinson, codificare **331.9 (G31.9)** possibile disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a morbo di Parkinson. (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per il morbo di Parkinson. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.)

Per il disturbo neurocognitivo lieve dovuto a morbo di Parkinson, codificare **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per il morbo di Parkinson. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.)

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo neurocognitivo (DNC) maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson è il declino cognitivo che segue l'esordio del morbo di Parkinson. L'alterazione deve avvenire nel contesto di conclamato morbo di Parkinson (Criterio B), e i deficit devono essersi sviluppati gradualmente (Criterio C). Il DNC è considerato come *probabilmente* dovuto a morbo di Parkinson, quando non vi sono evidenze di un altro disturbo che potrebbe contribuire al declino cognitivo *e* quando il morbo di Parkinson precede chiaramente l'esordio del DNC. Il DNC è considerato *possibilmente* dovuto a morbo di Parkinson *o* quando non vi sono evidenze di un altro disturbo che potrebbe contribuire al declino cognitivo *o* quando il morbo di Parkinson precede l'esordio del DNC, ma non entrambi.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Caratteristiche frequenti comprendono apatia, umore depresso, umore ansioso, allucinazioni, deliri, cambiamenti di personalità, disturbo comportamentale del sonno REM ed eccessiva sonnolenza diurna.

Prevalenza

La prevalenza del morbo di Parkinson negli Stati Uniti è in costante aumento con l'età da circa lo 0,5% nell'età compresa tra 65 e 69 anni al 3% all'età di 85 anni e più. Il morbo di Parkinson è più comune nei maschi che nelle femmine. Tra gli individui con morbo di Parkinson, ben il 75% svilupperà un DNC maggiore qualche volta nel corso della malattia. La prevalenza di DNC lieve nel morbo di Parkinson è stata stimata al 27%.

Sviluppo e decorso

L'esordio del morbo di Parkinson avviene in genere tra il sesto e il nono decennio di vita, con la maggior espressione all'inizio dei 60 anni. Il DNC lieve si sviluppa spesso relativamente presto nel corso del morbo di Parkinson, mentre la compromissione grave di solito non si verifica fino a tardi.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. I fattori di rischio per il morbo di Parkinson includono l'esposizione agli erbicidi e ai pesticidi.

Fattori genetici e fisiologici. I potenziali fattori di rischio per DNC tra gli individui con morbo di Parkinson includono l'età all'esordio della malattia e l'aumento della durata della malattia.

Marker diagnostici

I test neuropsicologici, con un focus sulle evidenze non basate sulla funzione motoria, sono fondamentali nel rilevare i deficit cognitivi di base, in particolare nella fase lieve del DNC. Il neuroimaging strutturale e scansioni del trasportatore di dopamina, quali DaT scans, possono differenziare le demenze correlate ai corpi di Lewy (demenza di Parkinson e demenza a corpi di Lewy) dalle demenze non correlate ai corpi di Lewy (per es., malattia di Alzheimer) e, talora, rivelarsi utili nella valutazione del DNC maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson.

Diagnosi differenziale

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy. Questa distinzione è basata sostanzialmente sulla tempistica e sulla sequenza dei sintomi motori e cognitivi. Perché il DNC sia dovuto al morbo di Parkinson, i sintomi motori e gli altri sintomi del morbo di Parkinson devono essere presenti ben prima (per convenzione, almeno 1 anno prima) che il declino cognitivo abbia raggiunto il livello di DNC maggiore, mentre nel DNC maggiore o lieve a corpi di Lewy i sintomi cognitivi cominciano poco prima o in concomitanza con i sintomi motori. Per il DNC lieve, la tempistica è più difficile da stabilire perché la diagnosi in sé è meno chiara e i due disturbi coesistono su un continuum. A meno che il morbo di Parkinson sia stato stabilito da tempo prima dell'inizio del declino cognitivo, o che caratteristiche tipiche del DNC maggiore o lieve a corpi di Lewy siano presenti, è preferibile diagnosticare DNC lieve senza specificazione.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer. Le caratteristiche motorie sono la chiave per distinguere il DNC maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson dal DNC maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer. Tuttavia, i due disturbi possono co-verificarsi.

Disturbo neurocognitivo vascolare maggiore o lieve. Il DNC vascolare maggiore o lieve si può presentare con caratteristiche parkinsoniane come rallentamento psicomotorio, che possono verificarsi come conseguenza della malattia sottocorticale dei piccoli vasi. Tuttavia, le caratteristiche parkinsoniane tipicamente non sono sufficienti per una diagnosi di morbo di Parkinson, e il decorso del DNC di solito ha una chiara associazione con i cambiamenti cerebrovascolari.

Disturbo neurocognitivo dovuto a un'altra condizione medica (per es., disturbi neurodegenerativi). Quando una diagnosi di DNC maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson viene presa in considerazione, la distinzione deve essere fatta anche rispetto ad altri disturbi cerebrali, come la paralisi sopranucleare progressiva, la degenerazione corticobasale, l'atrofia multisistemica, i tumori e l'idrocefalo.

Parkinsonismo indotto da neurolettici. Il parkinsonismo indotto da neurolettici può verificarsi in persone con altri DNC, soprattutto quando farmaci antagonisti dopaminergici sono prescritti per le manifestazioni comportamentali di tali disturbi.

Altre condizioni mediche. Il delirium e il DNC dovuti a effetti collaterali dei farmaci antagonisti dopaminergici e ad altre condizioni mediche (per es., sedazione o disturbi cognitivi, grave ipotiroidismo, carenza di vitamina B12) devono essere esclusi.

Comorbilità

Il morbo di Parkinson può coesistere con la malattia di Alzheimer e la malattia cerebrovascolare, soprattutto negli anziani. La combinazione di più caratteristiche patologiche può diminuire le capacità funzionali degli individui con morbo di Parkinson. Sintomi motori e frequente co-occorrenza di depressione o apatia possono peggiorare la compromissione funzionale.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia di Huntington

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. C'è esordio insidioso e progressione graduale.

C. È clinicamente accertata la malattia di Huntington, o rischio per malattia di Huntington basato sulla storia familiare o sui test genetici.

D. Il disturbo neurocognitivo non è attribuibile a un'altra condizione medica e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Nota di codifica: Per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Huntington, con alterazione comportamentale, codificare prima **333.4 (G10)** malattia di Huntington, seguito da **294.11 (F02.81)** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Huntington, con alterazione comportamentale. Per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Huntington, senza alterazione comportamentale, codificare prima **333.4 (G10)** malattia di Huntington, seguito da **294.10 (F02.80)** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Huntington, senza alterazione comportamentale.

Per il disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattia di Huntington, codificare **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per la malattia di Huntington. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma deve comunque essere indicata per iscritto.)

Caratteristiche diagnostiche

Il deterioramento cognitivo progressivo è una caratteristica fondamentale della malattia di Huntington, con cambiamenti prima nella funzione esecutiva (per es., velocità di elaborazione, organizzazione e pianificazione) che nell'apprendimento e nella memoria. I cambiamenti cognitivi e comportamentali associati spesso precedono la comparsa delle tipiche anomalie motorie della bradicinesia (cioè rallentamento dei movimenti volontari) e la corea (cioè movimenti spastici involontari). Una diagnosi di malattia di Huntington definitiva viene fornita in presenza di inequivocabili disturbi motori extrapiramidali in un individuo che abbia una storia familiare di malattia di Huntington o test genetici che mostrano un'espansione di triplette CAG nel gene HTT, localizzato sul cromosoma 4.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Depressione, irritabilità, ansia, sintomi ossessivo-compulsivi e apatia sono frequentemente, e la psicosi più raramente, associati alla malattia di Huntington e spesso precedono l'esordio dei sintomi motori.

Prevalenza

I deficit neurocognitivi sono un possibile esito della malattia di Huntington; la prevalenza a livello mondiale è stimata in 2,7 su 100.000. La prevalenza della malattia di Huntington in Nordamerica, Europa e Australia è di 5,7 su 100.000, con una prevalenza molto più bassa di 0,40 su 100.000 in Asia.

Sviluppo e decorso

L'età media alla diagnosi della malattia di Huntington è di circa 40 anni, anche se questa varia molto. L'età d'esordio è inversamente correlata con la lunghezza dell'espansione CAG. La malattia di Huntington giovanile (insorgenza prima dei 20 anni) può presentarsi più comunemente con bradicinesia, distonia e rigidità che con i movimenti coreici caratteristici del disturbo. La malattia è gradualmente progressiva, con una sopravvivenza mediana di circa 15 anni dopo la diagnosi dei sintomi motori.

L'espressione fenotipica della malattia di Huntington varia dalla presenza di sintomi motori, cognitivi e psichiatrici. Anomalie psichiatriche e cognitive possono precedere l'anomalia motoria di almeno 15 anni. I sintomi iniziali che necessitano di cure spesso comprendono irritabilità, ansia o umore depresso. Altre alterazioni del comportamento possono includere apatia pronunciata, disinibizione, impulsività e insight compromesso, con apatia che spesso diventa progressiva nel tempo. I primi sintomi di movimento possono comportare la comparsa di irrequietezza degli arti, così come lieve *aprassia* (per es., difficoltà con i movimenti intenzionali), in particolare con i compiti motori fini. Con il progredire della malattia, altri problemi motori riguardano la deambulazione (*atassia*) e l'instabilità posturale. La compromissione motoria colpisce anche la produzione del discorso (*disartria*) tanto che il discorso diventa molto difficile da capire, e può avere come esito disagio significativo derivante dalla barriera comunicativa nel contesto di una funzione cognitiva relativamente intatta. La malattia motoria avanzata colpisce gravemente l'andatura con una progressiva atassia. Alla fine le persone non sono in grado di camminare. La malattia motoria allo stadio terminale danneggia il controllo motorio del mangiare e della deglutizione, e costituisce tipicamente un importante contributo alla morte dell'individuo per polmonite ab ingestis.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. La base genetica della malattia di Huntington è l'espansione autosomica dominante del trinucleotide CAG, con un'elevata penetranza. Una lunghezza di ripetizione di 36 o più è invariabilmente associata con la malattia di Huntington, con lunghezze di ripetizione più ampie associate con l'età precoce dell'esordio. Una lunghezza CAG delle ripetizioni di 36 o più è invariabilmente associata con la malattia di Huntington.

Marker diagnostici

I test genetici sono i principali test di laboratorio per la determinazione della malattia di Huntington, che è una malattia autosomica dominante con penetranza completa. Si osserva che il trinucleotide CAG ha un'espansione ripetuta nel gene che codifica la proteina huntingtina sul cromosoma 4. Una diagnosi di malattia di Huntington non è fatta in presenza della sola espansione del gene, ma è fatta solo dopo che i sintomi si manifestano. Alcuni individui con una storia familiare positiva richiedono il test genetico in una fase presintomatica. Le caratteristiche associate possono includere anche cambiamenti nel neuroimaging; è ben noto che possa presentarsi e progredire nel corso

della malattia la perdita di volume nei gangli della base, in particolare il nucleo caudato e il putamen. Altri cambiamenti strutturali e funzionali sono stati osservati all'imaging cerebrale, ma rimangono da studiare ulteriormente.

Conseguenze funzionali del disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia di Huntington

Nella fase prodromica della malattia e alla diagnosi precoce, il declino occupazionale è comune, e la maggior parte degli individui riferisce una certa perdita di capacità di impegnarsi nel lavoro. Gli aspetti emotivi, comportamentali e cognitivi della malattia di Huntington, quali disinibizione e cambiamenti di personalità, sono fortemente associati con il declino funzionale. I deficit cognitivi che contribuiscono maggiormente al declino funzionale possono includere la velocità di elaborazione, il dare inizio a un'attività e l'attenzione piuttosto che disturbi della memoria. Dato che l'insorgenza della malattia di Huntington si verifica negli anni produttivi della vita, può avere un effetto molto dirompente sulle prestazioni lavorative così come sulla vita sociale e familiare. Con il progredire della malattia, la disabilità derivata da problemi come deambulazione, disartria e comportamenti impulsivi o irritabili può peggiorare sostanzialmente il livello di compromissione e le necessità per la cura quotidiana, al di là delle esigenze di assistenza attribuibili al declino cognitivo. Movimenti coreici gravi possono sostanzialmente interferire con l'assistenza in attività come lavarsi, vestirsi e andare in bagno.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi mentali. I primi sintomi della malattia di Huntington possono includere instabilità dell'umore, irritabilità o comportamenti compulsivi che possono suggerire un altro disturbo mentale. Tuttavia, i test genetici o lo sviluppo di sintomi motori consentono di distinguere la presenza di malattia di Huntington.

Altri disturbi neurocognitivi. I primi sintomi della malattia di Huntington, in particolare i sintomi di disfunzione esecutiva e la compromissione della velocità psicomotoria, possono assomigliare a quelli di altri disturbi neurocognitivi, come il DNC vascolare maggiore o lieve.

Altri disturbi del movimento. La malattia di Huntington deve essere differenziata da altri disturbi o condizioni associate con corea, come malattia di Wilson, discinesia tardiva indotta da farmaci, corea di Sydenham, lupus eritematoso sistemico, o corea senile. Raramente, gli individui possono presentare un andamento simile a quello della malattia di Huntington ma senza test genetico positivo; questo è considerato una fenocopia della malattia di Huntington che risulta da una varietà di potenziali fattori genetici.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a un'altra condizione medica

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. C'è evidenza dalla storia, dall'esame fisico o dai risultati di laboratorio che il disturbo neurocognitivo è la conseguenza fisiopatologica di un'altra condizione medica.

C. I deficit cognitivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale o da un altro disturbo neurocognitivo specifico (per es., la malattia di Alzheimer, infezione da HIV).

Nota di codifica: Per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica, con alterazioni del comportamento, codificare prima l'altra condizione medica, seguita dal disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica, con alterazione comportamentale (per es., 340 [G35] sclerosi multipla, **294.11 [F02.81]** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a sclerosi multipla, con alterazione comportamentale). Per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica, senza alterazione comportamentale, codificare prima l'altra condizione medica, seguita da disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica, senza alterazione comportamentale (per esempio, 340 [G35] sclerosi multipla, **294.10 [F02.80]** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a sclerosi multipla, senza alterazione comportamentale).

Per il disturbo neurocognitivo lieve dovuto a un'altra condizione medica, codificare **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Non* utilizzare il codice aggiuntivo per l'altra condizione medica. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.)

Caratteristiche diagnostiche

Un certo numero di altre condizioni mediche possono provocare DNC. Queste condizioni includono lesioni strutturali (per es., tumori cerebrali primari o secondari, ematoma subdurale, idrocefalo lentamente progressivo o normoteso), ipossia correlata a ipoperfusione da scompenso cardiaco, disturbi endocrini (per es., ipotiroidismo, ipercalcemia, ipoglicemia), condizioni nutrizionali (per es., carenze di tiamina o niacina), altre malattie infettive (per es., neurosifilide, criptococcosi), disturbi del sistema immunitario (per es., arterite temporale, lupus eritematoso sistemico), insufficienza epatica o renale, condizioni metaboliche (per es., malattia di Kufs, adrenoleucodistrofia, leucodistrofia metacromatica, altre malattie da accumulo di età adulta e infanzia) e altre condizioni neurologiche (per es., epilessia, sclerosi multipla). Cause insolite di lesioni del sistema nervoso centrale, come scosse elettriche o radiazioni intracraniche, sono in genere evidenti dall'anamnesi. L'associazione temporale tra l'esordio o l'esacerbazione della condizione medica e lo sviluppo del deficit cognitivo offrono il massimo supporto al fatto che il DNC è dovuto a una condizione medica. La certezza diagnostica riguardo a questa relazione può essere aumentata se i deficit neurocognitivi migliorano parzialmente o si stabilizzano nel contesto del trattamento della condizione medica.

Sviluppo e decorso

Tipicamente il decorso del DNC progredisce in un modo che è commisurato con la progressione del disturbo medico. Nei casi in cui il disturbo medico sia trattabile (per es., ipotiroidismo), il deficit neurocognitivo può migliorare o almeno non progredire. Quando la condizione medica ha un andamento degenerativo (per es., sclerosi multipla secondaria progressiva), i deficit neurocognitivi progrediranno con il decorso temporale della malattia.

Marker diagnostici

L'esame fisico associato ai risultati di laboratorio e altre caratteristiche cliniche dipendono dalla natura e dalla gravità della condizione medica.

Diagnosi differenziale

Altro disturbo neurocognitivo maggiore o lieve. La presenza di un'altra condizione medica non esclude completamente la possibilità di un altro DNC maggiore o lieve. Se i deficit cognitivi persistono dopo un trattamento con successo di una condizione medica associata, poi un'altra eziologia potrebbe essere responsabile del declino cognitivo.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a eziologie molteplici

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.

B. C'è evidenza dalla storia, dall'esame fisico o dagli esami di laboratorio che il disturbo neurocognitivo è la conseguenza fisiopatologica di più di un processo eziologico, escludendo sostanze (per es., disturbo neurocognitivo dovuto a malattia di Alzheimer con conseguente sviluppo di disturbo neurocognitivo vascolare). **Nota:** Si prega di fare riferimento ai criteri diagnostici per i vari disturbi neurocognitivi dovuti a condizioni mediche specifiche per una guida per stabilire eziologie particolari.

C. I deficit cognitivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale e non si verificano esclusivamente durante il corso di un delirium.

Nota di codifica: Per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici, con alterazione comportamentale, codificare **294.11 (F02.81)** per il disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici, senza alterazione comportamentale, codificare **294.10 (F02.80)**. Tutte le condizioni mediche eziologiche (a eccezione delle malattie vascolari) vanno codificate ed elencate separatamente immediatamente prima del disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici (per es., **331.0 [G30.9]** malattia di Alzheimer; **331.82 [G31.83]** malattia a corpi di Lewy; **294.11 [F02. 81]** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici, con alterazione comportamentale).

Quando un'eziologia cerebrovascolare sta contribuendo al disturbo neurocognitivo, la diagnosi di disturbo neurocognitivo vascolare dovrebbe essere elencata in aggiunta al disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici. Per es., per un caso clinico di disturbo neurocognitivo maggiore per la malattia di Alzheimer e la malattia vascolare, con alterazione comportamentale, codice come segue: **331.0 (G30.9)** malattia di Alzheimer; **294.11 (F02.81)** disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici, con alterazione comportamentale; **290.40 (F01.51)** disturbo neurocognitivo maggiore vascolare, con alterazione comportamentale.

Per il disturbo neurocognitivo lieve dovuto a eziologie molteplici, codificare **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Non* utilizzare i codici aggiuntivi per le eziologie. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma deve comunque essere indicata per iscritto.)

Questa categoria è inclusa per coprire il quadro clinico di un disturbo neurocognitivo (DNC) per cui vi è evidenza che più condizioni mediche hanno svolto un probabile ruolo nello sviluppo del DNC. Oltre alle evidenze indicative della presenza di molteplici condizioni mediche che notoriamente causano un DNC (cioè i reperti dell'anamnesi, dell'esame fisico e dei risultati di laboratorio), può essere utile fare riferimento ai criteri diagnostici e al testo per le varie eziologie mediche (per es., DNC dovuto a morbo di Parkinson) per ulteriori informazioni sulla creazione di un collegamento eziologico per quella particolare condizione medica.

Disturbo neurocognitivo senza specificazione 799.59 (R41.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo neurocognitivo, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi neurocognitivi. La categoria disturbo neurocognitivo senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui l'eziologia esatta non può essere determinata con sufficiente certezza per fare un'attribuzione eziologica.

Nota di codifica: Per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve senza specificazione, codificare 799.59 (R41.9). (**Nota:** *Non* utilizzare codici aggiuntivi per tutte le condizioni mediche eziologiche presunte. L'alterazione comportamentale non può essere codificata, ma può essere indicata per iscritto.)

Disturbi di personalità

Questo capitolo inizia con una definizione generale di disturbo di personalità, che si applica a ciascuno dei 10 specifici disturbi di personalità. Un *disturbo di personalità* è un pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione.

Nel corso di ogni processo di revisione, in particolare in uno di questa complessità, emergono diversi punti di vista e si è cercato di renderne conto. Così, disturbi di personalità sono inclusi in entrambe le Sezioni II e III. Il materiale nella Sezione II rappresenta un aggiornamento del testo associato agli stessi criteri che si trovano nel DSM-IV-TR, mentre la Sezione III include il modello di ricerca proposto per la diagnosi e la concettualizzazione di disturbo di personalità sviluppato dal Personality and Personality Disorders Work Group del DSM-5. Dal momento che si tratta di un campo in evoluzione, si spera che entrambe le versioni serviranno sia alla pratica clinica sia alle iniziative di ricerca.

In questo capitolo sono inclusi i seguenti disturbi di personalità.

- Il **disturbo paranoide di personalità** è un pattern caratterizzato da sfiducia e sospettosità, per cui le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole.
- Il **disturbo schizoide di personalità** è un pattern caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressività emotiva.
- Il **disturbo schizotipico di personalità** è un pattern caratterizzato da disagio acuto nelle relazioni affettive, distorsioni cognitive o percettive ed eccentricità nel comportamento.
- Il **disturbo antisociale di personalità** è un quadro caratterizzato da inosservanza e violazione dei diritti degli altri.
- Il **disturbo borderline di personalità** è un pattern caratterizzato da instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da marcata impulsività.
- Il **disturbo istrionico di personalità** è un pattern caratterizzato da emotività eccessiva e da ricerca di attenzione.
- Il **disturbo narcisistico di personalità** è un pattern caratterizzato da grandiosità, bisogno di ammirazione e mancanza di empatia.
- Il **disturbo evitante di personalità** è un pattern caratterizzato da inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità ai giudizi negativi.

- **Il disturbo dipendente di personalità** è un pattern caratterizzato da comportamento sottomesso e adesivo legato a un eccessivo bisogno di essere accuditi.
- **Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità** è un pattern caratterizzato da preoccupazione per l'ordine, perfezionismo ed esigenze di controllo.
- **La modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica** è un disturbo della personalità persistente che viene giudicato come dovuto agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica (per es., lesione del lobo frontale).
- **Il disturbo di personalità con altra specificazione e il disturbo di personalità senza specificazione** è una categoria utilizzabile in due situazioni: 1) il pattern personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un disturbo di personalità e sono presenti tratti di diversi disturbi di personalità, senza che risultino soddisfatti i criteri per uno specifico disturbo di personalità; oppure 2) il pattern personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un disturbo di personalità, ma l'individuo viene considerato affetto da un disturbo di personalità che non è incluso nella classificazione del DSM-5 (per es., disturbo passivo-aggressivo di personalità).

I disturbi di personalità sono raccolti in tre gruppi in base ad analogie descrittive. Il gruppo A include i disturbi paranoide, schizoide e schizotipico di personalità. Gli individui con questi disturbi spesso appaiono strani o eccentrici. Il gruppo B include i disturbi antisociale, borderline, istrionico e narcisistico di personalità. Gli individui con questi disturbi spesso appaiono amplificativi, emotivi o imprevedibili. Il gruppo C include i disturbi evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo di personalità. Gli individui con questi disturbi spesso appaiono ansiosi o timorosi. Si dovrebbe notare che questo sistema di raggruppamento, sebbene utile in alcune situazioni di ricerca e didattiche, presenta serie limitazioni e non è stato coerentemente validato.

Inoltre, gli individui frequentemente presentano una concomitanza di disturbi di personalità appartenenti a gruppi diversi. Le stime di prevalenza per i diversi gruppi suggeriscono il 5,7% per i disturbi del gruppo A, l'1,5% per i disturbi del gruppo B, il 6% per i disturbi del gruppo C e il 9,1% per ogni disturbo di personalità, il che indica una frequente concomitanza di disturbi dei diversi gruppi. I dati del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions del 2001-2002 suggeriscono che, negli Stati Uniti, circa il 15% degli adulti presenta almeno un disturbo di personalità.

Modelli dimensionali per i disturbi di personalità

L'approccio diagnostico utilizzato in questo manuale rappresenta la prospettiva categoriale secondo la quale i disturbi di personalità costituiscono sindromi cliniche distinte qualitativamente. Un'alternativa all'approccio categoriale è la prospettiva dimensionale, secondo la quale i disturbi di personalità rappresentano varianti disadattive di tratti di personalità che si confondono impercettibilmente con la normalità e tra loro. Si veda la Sezione III per una dettagliata descrizione del modello dimensionale dei disturbi di personalità. I gruppi di disturbi di personalità del DSM-IV (cioè strano-eccentrico, amplificativo-emotivo e ansioso-timoroso) possono anche essere visti come dimensioni che rappresentano spettri di disfunzioni della personalità su un continuum con altri disturbi mentali. I diversi modelli dimensionali hanno molto in comune e insieme sembrano coprire le importanti aree di disfunzione della personalità. La loro integrazione, l'utilità clinica e la relazione con le categorie diagnostiche dei disturbi di personalità e con vari aspetti della disfunzione della personalità sono tuttora in corso di studio.

Disturbo di personalità in genere

Criteri

A. Un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo pattern si manifesta in due (o più) delle seguenti aree:
   1. Cognitività (cioè modi di percepire e interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti).
   2. Affettività (cioè varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva).
   3. Funzionamento interpersonale.
   4. Controllo degli impulsi.

B. Il pattern abituale risulta inflessibile e pervasivo in un'ampia varietà di situazioni personali e sociali.

C. Il pattern abituale determina disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. Il pattern è stabile e di lunga durata, e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta.

E. Il pattern abituale non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale.

F. Il pattern abituale non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., un trauma cranico).

Caratteristiche diagnostiche

I *tratti di personalità* sono pattern costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali. Soltanto quando i tratti di personalità sono rigidi e disadattivi, e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo, denotano disturbi di personalità. La caratteristica essenziale di un disturbo di personalità è un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo e si manifesta in almeno due delle seguenti aree: cognitività, affettività, funzionamento interpersonale o controllo degli impulsi (Criterio A). Questo pattern abituale risulta inflessibile e pervasivo in un'ampia varietà di situazioni personali e sociali (Criterio B) e determina disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C). Il pattern è stabile e di lunga durata, e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta (Criterio D). Il pattern non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale (Criterio E) e non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco, l'esposizione a una tossina) o di un'altra condizione medica (per es., un trauma cranico) (Criterio F). Vengono anche forniti criteri diagnostici specifici per ognuno dei disturbi di personalità inclusi in questo capitolo.

La diagnosi di disturbo di personalità richiede una valutazione a lungo termine di pattern di funzionamento dell'individuo e le particolari caratteristiche di personalità devono essere evidenti fin dalla prima età adulta. I tratti di personalità che definiscono questi disturbi devono anche essere distinti da caratteristiche che emergono in risposta a specifici eventi situazionali stressanti o stati mentali più transitori (per es., disturbi bipolare, depressivo o d'ansia; intossicazione da sostanze). Il clinico dovrebbe valutare

la stabilità dei tratti di personalità nel tempo e in diverse situazioni. Sebbene talvolta sia sufficiente un singolo colloquio con il soggetto per porre una diagnosi, spesso è necessario condurre più di un'intervista, distribuendole nel tempo. La valutazione può anche essere complicata dal fatto che le caratteristiche che definiscono un disturbo di personalità possono non essere considerate problematiche da parte dell'individuo (cioè i tratti sono spesso egosintonici). Per ovviare a questa difficoltà, può essere utile raccogliere notizie supplementari da altre fonti.

Sviluppo e decorso

Le caratteristiche di un disturbo di personalità di solito diventano riconoscibili durante l'adolescenza o nella prima età adulta. Per definizione, un disturbo di personalità è un pattern cognitivo, emotivo e comportamentale abituale e relativamente stabile nel tempo. Alcuni tipi di disturbi di personalità (in particolare i disturbi antisociale e borderline di personalità) tendono a rendersi meno evidenti o ad andare incontro a remissione con l'età, mentre questo sembra meno vero per alcuni altri tipi (per es., disturbi ossessivo-compulsivo e schizotipico di personalità).

Le categorie dei disturbi di personalità possono essere applicate a bambini o adolescenti in quei casi relativamente insoliti in cui i particolari tratti di personalità disadattivi dell'individuo sembrano essere pervasivi, persistenti e probabilmente non limitati a un particolare stadio dello sviluppo o a un altro disturbo mentale. Si dovrebbe tenere presente che i tratti di un disturbo di personalità che compaiono nell'infanzia spesso non persistono immodificati fino alla vita adulta. Per diagnosticare un disturbo di personalità in un individuo con meno di 18 anni di età, le caratteristiche devono essere presenti per almeno 1 anno. L'unica eccezione è rappresentata dal disturbo antisociale di personalità, che non può essere diagnosticato in individui al di sotto dei 18 anni. Sebbene, per definizione, un disturbo di personalità richieda un esordio non successivo alla prima età adulta, gli individui possono non essere giunti all'osservazione clinica che relativamente tardi nel corso della vita. Un disturbo di personalità può risultare esacerbato in seguito alla perdita di persone che rappresentano un supporto significativo (per es., il coniuge) o di precedenti situazioni sociali stabilizzanti (per es., un lavoro). Comunque, la comparsa di una modificazione della personalità nell'età adulta, o più tardi nel corso della vita, giustifica un'attenta valutazione per determinare la possibile presenza di una modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica o a un disturbo da uso di sostanze non riconosciuto.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

La valutazione del funzionamento della personalità deve prendere in considerazione l'ambiente etnico, culturale e sociale dell'individuo. I disturbi di personalità non dovrebbero essere confusi con i problemi legati all'acculturazione che seguono l'immigrazione, o con l'espressione di abitudini, costumi o valori religiosi e politici professati dalla cultura di origine dell'individuo. Specialmente quando il valutatore proviene da un contesto diverso, è utile per il clinico ottenere ulteriori notizie da informatori che hanno familiarità con il background culturale dell'individuo.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Alcuni disturbi di personalità (per es., disturbo antisociale di personalità) vengono diagnosticati più frequentemente nei maschi. Altri (per es., disturbi borderline, istrionico e dipendente di personalità) vengono diagnosticati più frequentemente nelle femmine. Sebbene queste differenze di prevalenza riflettano probabilmente reali differenze di genere, in presenza di tali pattern i clinici devono essere cauti per non sovradiagnosticare o sottodiagnosticare certi disturbi di personalità nelle femmine o nei maschi a causa di stereotipi sociali che riguardano i tipici ruoli e comportamenti legati al genere.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi mentali e tratti di personalità. Molti dei criteri specifici per i disturbi di personalità descrivono caratteristiche (per es., sospettosità, dipendenza, insensibilità) che sono tipiche anche degli episodi di altri disturbi mentali. Un disturbo di personalità dovrebbe essere diagnosticato soltanto quando le caratteristiche che lo definiscono sono comparse precedentemente alla prima età adulta, sono tipiche del funzionamento a lungo termine dell'individuo e non si manifestano esclusivamente durante un episodio di un altro disturbo mentale. Può essere particolarmente difficile (e non particolarmente utile) distinguere i disturbi di personalità da disturbi mentali persistenti, come il disturbo depressivo persistente, che hanno un esordio precoce e un decorso cronico relativamente stabile. Alcuni disturbi di personalità possono avere una relazione "a spettro" con altri disturbi mentali (per es., il disturbo schizotipico di personalità con la schizofrenia; il disturbo evitante di personalità con il disturbo d'ansia sociale [fobia sociale]) basata su somiglianze fenomenologiche o biologiche o sull'aggregazione familiare.

I disturbi di personalità devono essere distinti dai tratti di personalità che non raggiungono la soglia per un disturbo di personalità. I tratti di personalità vengono diagnosticati come disturbo di personalità solo quando sono inflessibili, disadattivi, persistenti e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo.

Disturbi psicotici. Per i tre disturbi di personalità che possono essere correlati con i disturbi psicotici (cioè paranoide, schizoide e schizotipico) vi è un criterio di esclusione che afferma che il pattern di comportamento non deve essersi manifestato esclusivamente durante il decorso di una schizofrenia, di un disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche, o di un altro disturbo psicotico. Quando un individuo presenta un disturbo mentale persistente (per es., schizofrenia) che è stato preceduto da un preesistente disturbo di personalità, dovrebbe essere registrato anche il disturbo di personalità, seguito da "premorboso" tra parentesi.

Disturbi d'ansia e depressivo. Il clinico deve essere cauto nel diagnosticare i disturbi di personalità durante un episodio di un disturbo d'ansia o di un disturbo depressivo, poiché queste condizioni possono avere caratteristiche sintomatologiche trasversali che mimano tratti di personalità e possono rendere più difficile la valutazione retrospettiva dei pattern di funzionamento a lungo termine dell'individuo.

Disturbo da stress post-traumatico. Quando modificazioni della personalità emergono e persistono dopo che l'individuo è stato esposto a uno stress estremo, si dovrebbe prendere in considerazione una diagnosi di disturbo da stress post-traumatico.

Disturbi da uso di sostanze. Quando un individuo è affetto da un disturbo da uso di sostanze, è importante non porre una diagnosi di disturbo di personalità basandosi esclusivamente su comportamenti che rappresentano conseguenze dell'intossicazione o dell'astinenza da sostanze, o che sono associati ad attività finalizzate a sostenere l'uso di sostanze (per es., comportamento antisociale).

Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica. Quando nella personalità insorgono cambiamenti duraturi come risultato degli effetti fisiologici di un'altra condizione medica (per es., tumore cerebrale), si dovrebbe considerare una diagnosi di modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica.

Disturbi di personalità del gruppo A

Disturbo paranoide di personalità 301.0 (F60.0)

Criteri diagnostici

A. Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri, tanto che le loro motivazioni vengono interpretate come malevole, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:
   1. Sospetta, senza fondamento, di essere sfruttato/a, danneggiato/a o ingannato/a dagli altri.
   2. Dubita, senza giustificazione, della lealtà o affidabilità di amici o colleghi.
   3. È riluttante a confidarsi con gli altri a causa del timore ingiustificato che le informazioni possano essere usate in modo maligno contro di lui o lei.
   4. Legge significati nascosti umilianti o minacciosi in osservazioni o eventi benevoli.
   5. Porta costantemente rancore (cioè non dimentica gli insulti, le ingiurie o le offese).
   6. Percepisce attacchi al proprio ruolo o reputazione non evidenti agli altri ed è pronto/a a reagire con rabbia o a contrattaccare.
   7. Sospetta in modo ricorrente, senza giustificazione, della fedeltà del coniuge o del partner sessuale.

B. Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, del disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche o di un altro disturbo psicotico, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica.

Nota: Se i criteri risultano soddisfatti prima dell'esordio della schizofrenia, aggiungere "premorboso", cioè "disturbo paranoide di personalità (premorboso)".

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo paranoide di personalità è un pattern di diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri, tanto che le loro motivazioni vengono interpretate come malevole. Questo pattern inizia nella prima età adulta ed è presente in svariati contesti.

Gli individui con questo disturbo presumono che altre persone li sfruttino, li danneggino o li ingannino, anche quando non vi sono prove che supportino queste aspettative (Criterio A1). Sospettano, sulla base di prove insignificanti o senza prove, che gli altri complottino contro di loro e possano aggredirli improvvisamente, in ogni momento e senza alcuna ragione. Spesso sentono di essere stati profondamente e irreversibilmente feriti da un'altra persona o da persone anche quando non vi sono prove oggettive di ciò. Dubitano, senza giustificazione, della lealtà o affidabilità di amici o colleghi, le cui azioni vengono esaminate minuziosamente per evidenziare intenzioni ostili (Criterio A2). Ogni deviazione percepita dall'affidabilità o lealtà serve a sostenere le loro supposizioni. Sono talmente stupiti quando un amico o un collega si mostra leale che non possono fidarsi né credergli. Se si trovano in difficoltà, si aspettano che gli amici e i colleghi li aggrediscano o li ignorino.

Gli individui con disturbo paranoide di personalità sono riluttanti a confidarsi o a entrare in intimità con gli altri, poiché temono che le informazioni vengano usate contro di loro (Criterio A3). Possono rifiutare di rispondere a domande personali, dicendo "non sono fatti vostri". Leggono significati nascosti umilianti e minacciosi in osservazioni o eventi benevoli (Criterio A4). Per esempio, un individuo con questo disturbo può mal interpretare un onesto errore da parte del commesso di un negozio come un deliberato tentativo di imbroglio, o può vedere una casuale osservazione scherzosa da parte di un collaboratore come un grave affronto personale. I complimenti vengono spesso mal interpretati (per es., quello relativo a un nuovo acquisto viene inteso come una critica per il suo egoismo; l'elogio di un talento viene interpretato come un tentativo di costringere a prestazioni maggiori e migliori). Possono vedere un'offerta di aiuto come una critica al fatto che non stanno facendo abbastanza bene da soli.

Gli individui con questo disturbo portano costantemente rancore e sono incapaci di dimenticare insulti, ingiurie o offese che pensano di avere ricevuto (Criterio A5). Piccole offese evocano grande ostilità e i sentimenti ostili persistono per molto tempo. Poiché sono costantemente attenti alle intenzioni ostili degli altri, spesso sentono di essere stati attaccati nel proprio ruolo o nella reputazione, o di essere stati offesi in qualche altro modo. Sono pronti a contrattaccare e a reagire con rabbia agli insulti percepiti (Criterio A6). Gli individui con questo disturbo possono essere gelosi in modo patologico, spesso sospettano, senza una giustificazione adeguata, che il coniuge o il partner sessuale sia infedele (Criterio A7). Possono raccogliere "prove" banali o circostanziate per supportare le loro convinzioni di gelosia. Possono pretendere di mantenere un controllo completo delle relazioni intime per evitare di essere traditi e possono costantemente mettere in discussione e in dubbio i luoghi in cui il coniuge o il partner si trova, le sue azioni, le sue intenzioni e la sua fedeltà.

Il disturbo paranoide di personalità non dovrebbe essere diagnosticato se il pattern di comportamento si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, di un disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche o di un altro disturbo psicotico, o se è attribuibile agli effetti fisiologici di una condizione neurologica (per es., epilessia del lobo temporale) o di un'altra condizione medica (Criterio B).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo paranoide di personalità hanno di solito difficoltà ad andare d'accordo con gli altri e spesso hanno problemi nelle relazioni affettive. Le loro eccessive sospettosità e ostilità possono essere espresse con un'aperta polemica, con lamentele ricorrenti o con un quieto, ma ostile, riserbo. Per il loro atteggiamento ipervigile nei confronti di potenziali minacce, possono agire in modo guardingo, misterioso o tortuoso e apparire "freddi" e privi di sentimenti affettuosi. Sebbene possano sembrare obiettivi, razionali e privi di emotività, più spesso mostrano un'instabile gamma di sentimenti, in cui predominano espressioni di ostilità, testardaggine e sarcasmo. La loro natura aggressiva e sospettosa può suscitare negli altri una risposta ostile, che serve a confermare le loro originarie aspettative.

Gli individui con disturbo paranoide di personalità, poiché non hanno fiducia negli altri, hanno un'eccessiva necessità di essere autosufficienti e un forte senso dell'autonomia. Sono spesso rigidi, critici nei confronti delle altre persone e incapaci di collaborare, oltre ad avere una grande difficoltà ad accettare le critiche loro rivolte. Possono anche incolpare gli altri delle proprie manchevolezze. Per la rapidità a contrattaccare in risposta alle minacce che percepiscono intorno a loro, possono essere litigiosi ed essere frequentemente coinvolti in dispute legali. Gli individui con questo disturbo cercano una conferma dei loro preconcetti negativi riguardanti le persone o le situazioni con cui vengono in contatto, attribuendo agli altri motivazioni malevole che sono proiezioni delle loro paure. Possono presentare, sottilmente dissimulate, irrealistiche fantasie grandiose, spesso si impegnano in questioni di potere e rango e tendono a elaborare

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Gli individui provenienti da svariati background culturali talvolta mostrano comportamenti e stili interpersonali che possono essere erroneamente etichettati come "schizoidi". Per esempio, coloro che si sono spostati dalla campagna agli ambienti metropolitani possono reagire con un "raffreddamento emotivo" che può persistere per molti mesi e manifestarsi con attività solitarie, coartazione affettiva e altri deficit della comunicazione. Gli immigrati da altri paesi talvolta vengono erroneamente percepiti come freddi, ostili o indifferenti.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il disturbo schizoide di personalità viene diagnosticato leggermente più spesso nei maschi e può causare in essi una maggiore compromissione.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi mentali con sintomatologia psicotica. Il disturbo schizoide di personalità può essere distinto dal disturbo delirante, dalla schizofrenia e dal disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche, poiché questi disturbi sono tutti caratterizzati da un periodo con sintomi psicotici persistenti (per es., deliri e allucinazioni). Per porre una diagnosi addizionale di disturbo schizoide di personalità, il disturbo di personalità deve essere stato presente prima dell'esordio dei sintomi psicotici e deve persistere quando i sintomi psicotici sono in remissione. Quando un individuo presenta un disturbo psicotico cronico (per es., schizofrenia) che è stato preceduto dal disturbo schizoide di personalità, dovrebbe essere registrato anche il disturbo schizoide di personalità, seguito da "premorboso" tra parentesi.

Disturbo dello spettro dell'autismo. Può essere molto difficile differenziare gli individui con disturbo schizoide di personalità da quelli affetti dalle forme più lievi di disturbo dello spettro dell'autismo, che possono essere contraddistinte da una compromissione più grave delle interazioni sociali e da comportamenti e interessi stereotipati.

Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica. Il disturbo schizoide di personalità deve essere distinto da una modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica, nella quale i tratti che emergono sono attribuibili agli effetti di un'altra condizione medica sul sistema nervoso centrale.

Disturbi da uso di sostanze. Il disturbo schizoide di personalità deve anche essere distinto da sintomi che possono svilupparsi in associazione all'uso abituale di sostanze.

Altri disturbi di personalità e tratti di personalità. Altri disturbi di personalità possono essere confusi con il disturbo schizoide di personalità poiché hanno certe caratteristiche in comune. È, pertanto, importante distinguere questi disturbi in base alle differenze nelle loro caratteristiche specifiche. Tuttavia, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più disturbi di personalità oltre a quello schizoide, possono tutti essere diagnosticati. Sebbene le caratteristiche di isolamento sociale e coartazione dell'affettività siano comuni ai disturbi schizoide, schizotipico e paranoide di personalità, il disturbo schizoide di personalità può essere distinto da quello schizotipico per l'assenza di distorsioni cognitive e percettive, e da quello paranoide per l'assenza di sospettosità e di ideazione paranoide. L'isolamento sociale del disturbo schizoide di personalità deve essere distinto da quello del disturbo evitante di personalità, che è attribuibile al timore di sentirsi imbarazzati o di essere giudicati inadeguati e all'eccessiva aspettativa di essere rifiutati. Al contrario, gli individui con disturbo schizoide di personalità presentano un distacco più pervasivo e un desiderio limitato di intimità sociale. Anche gli individui con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità possono mostrare un apparente distacco sociale che deriva dalla devozione al lavoro e dal disagio riguardante le emozioni, ma possiedono una sottostante capacità di intimità.

Gli individui "solitari" possono manifestare tratti di personalità che potrebbero essere considerati schizoidi. Solo quando questi tratti sono rigidi e disadattivi, e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo, denotano un disturbo schizoide di personalità.

Disturbo schizotipico di personalità 301.22 (F21)

Criteri diagnostici

A. Un pattern pervasivo di deficit sociali e interpersonali caratterizzato da disagio acuto e ridotta capacità riguardanti le relazioni affettive, da distorsioni cognitive e percettive ed eccentricità di comportamento, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:
   1. Idee di riferimento (escludendo i deliri di riferimento).
   2. Convinzioni strane o pensiero magico che influenzano il comportamento e sono in contrasto con le norme subculturali (per es., superstizione, credere nella chiaroveggenza, nella telepatia o nel "sesto senso"; nei bambini e negli adolescenti, fantasie e pensieri bizzarri).
   3. Esperienze percettive insolite, incluse illusioni corporee.
   4. Pensiero ed eloquio strani (per es., vago, circostanziale, metaforico, iperelaborato o stereotipato).
   5. Sospettosità o ideazione paranoide.
   6. Affettività inappropriata o limitata.
   7. Comportamento o aspetto strani, eccentrici o peculiari.
   8. Nessun amico stretto o confidente, eccetto i parenti di primo grado.
   9. Eccessiva ansia sociale, che non diminuisce con l'aumento della familiarità e tende a essere associata a preoccupazioni paranoidi piuttosto che a un giudizio negativo di sé.

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, di un disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche, di un altro disturbo psicotico o di un disturbo dello spettro dell'autismo.

Nota: Se i criteri risultano soddisfatti prima dell'esordio della schizofrenia, aggiungere "premorboso", cioè "disturbo schizotipico di personalità (premorboso)".

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo schizotipico di personalità è un pattern pervasivo di deficit sociali e interpersonali caratterizzato da disagio acuto e ridotta capacità riguardanti le relazioni affettive, e da distorsioni cognitive e percettive ed eccentricità di comportamento. Questo pattern inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti.

Gli individui con disturbo schizotipico di personalità spesso hanno idee di riferimento (cioè interpretazioni scorrette di avvenimenti casuali e di eventi esterni come se avessero un significato particolare e insolito specificatamente per la persona) (Criterio A1).

Queste dovrebbero essere distinte dai deliri di riferimento, in cui le opinioni sono sostenute da una convinzione delirante. Questi individui possono essere superstiziosi o preoccupati da fenomeni paranormali in contrasto con le norme della loro subcultura (Criterio A2). Possono sentire di avere il potere speciale di intuire gli eventi prima che avvengano o di leggere i pensieri degli altri. Possono credere di avere un controllo magico sugli altri, che può essere esercitato direttamente (per es., credere che il fatto che il coniuge porta fuori il cane per una passeggiata sia il risultato diretto dell'aver pensato un'ora prima che ciò dovesse accadere) o indirettamente, attraverso il compimento di rituali magici (per es., oltrepassare un certo oggetto tre volte per evitare una conseguenza spiacevole). Possono essere presenti alterazioni percettive (per es., avvertire la presenza di un'altra persona o sentire una voce che mormora il proprio nome) (Criterio A3). Il loro eloquio può includere frasi e costruzioni insolite o idiosincratiche. È spesso allentato, digressivo o vago, ma senza veri deragliamenti o incoerenze (Criterio A4). Le risposte possono essere eccessivamente concrete o eccessivamente astratte, e parole o concetti vengono talvolta applicati in modi insoliti (per es., l'individuo può affermare di non essere stato "parlabile" al lavoro).

Gli individui con questo disturbo sono spesso sospettosi e possono avere un'ideazione paranoide (per es., credere che i loro colleghi di lavoro siano intenti a distruggere la loro reputazione agli occhi del principale) (Criterio A5). Di solito non sono capaci di mettere in atto l'intera gamma di affetti e segnali interpersonali necessari per riuscire nelle relazioni interpersonali e quindi spesso sembrano interagire con gli altri in modo inappropriato, rigido o limitato (Criterio A6). Questi individui sono spesso considerati strani o eccentrici a causa di insoliti manierismi, di un abbigliamento spesso trasandato, non coordinato, e di una disattenzione per le convenzioni sociali (per es., l'individuo può evitare il contatto visivo, indossare abiti macchiati di inchiostro e di taglia sbagliata, ed essere incapace di unirsi agli scambi di battute dei colleghi) (Criterio A7).

Gli individui con disturbo schizotipico di personalità vivono come problematico l'avere a che fare con gli altri e provano disagio nell'entrare in relazione con altre persone. Sebbene possano esprimere infelicità per la mancanza di relazioni, il loro comportamento suggerisce che vi sia un desiderio ridotto di contatti intimi. Come risultato, di solito hanno pochi o nessun amico intimo o confidente oltre a un parente di primo grado (Criterio A8). Nelle situazioni sociali, particolarmente quelle che coinvolgono persone non familiari, sono ansiosi (Criterio A9). Interagiscono con le altre persone quando devono farlo, ma preferiscono stare per conto loro, poiché sentono di essere diversi e proprio non si "inseriscono". La loro ansia sociale non diminuisce facilmente, neppure quando passano molto tempo nell'ambiente o acquistano maggiore familiarità con le altre persone, poiché la loro ansia tende ad associarsi alla sospettosità sulle motivazioni degli altri. Per esempio, quando partecipa a una cena, l'individuo con disturbo schizotipico di personalità non si rilasserà con il passare del tempo, ma piuttosto diventerà sempre più teso e sospettoso.

Il disturbo schizotipico di personalità non dovrebbe essere diagnosticato se il pattern di comportamento si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, di un disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche, di un altro disturbo psicotico o di un disturbo dello spettro dell'autismo (Criterio B).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo schizotipico di personalità spesso richiedono il trattamento per i sintomi associati di ansia o depressione piuttosto che per le manifestazioni del disturbo di personalità. Gli individui con questo disturbo possono, particolarmente in risposta allo stress, presentare episodi psicotici transitori (che durano da pochi minuti a qualche ora), sebbene di solito siano di durata insufficiente a giustificare una diagnosi addizionale, come disturbo psicotico breve o disturbo schizofreniforme. In alcuni casi, possono comparire sintomi psicotici clinicamente significativi che soddisfano i criteri per disturbo psicotico breve, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o schizofrenia. Più della metà presenta un'anamnesi di almeno un episodio depressivo maggiore. Da 30 a 50% degli individui diagnosticati con questo disturbo ha una diagnosi contemporanea di disturbo depressivo maggiore al momento dell'ammissione in ambiente clinico. Vi è una considerevole concomitanza con i disturbi schizoide, paranoide, evitante e borderline di personalità.

Prevalenza

Negli studi di comunità sul disturbo schizotipico di personalità, si sono ottenuti valori che vanno da 0,6% nei campioni norvegesi a 4,6% in un campione di popolazione degli Stati Uniti. La prevalenza del disturbo schizotipico di personalità in popolazioni cliniche sembra essere poco frequente (0-1,9%), con una prevalenza stimata superiore nella popolazione generale (3,9%), secondo il National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.

Sviluppo e decorso

Il disturbo schizotipico di personalità ha un decorso relativamente stabile e solo una piccola parte degli individui sviluppa la schizofrenia o un altro disturbo psicotico. Il disturbo schizotipico di personalità può manifestarsi per la prima volta nell'infanzia e nell'adolescenza, con solitudine, scarse relazioni con i coetanei, ansia sociale, rendimento scolastico inadeguato, ipersensibilità, pensieri e linguaggio peculiari e fantasie bizzarre. Questi bambini possono apparire "strani" o "eccentrici" ed essere oggetto di derisione.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Il disturbo schizotipico di personalità sembra avere una concentrazione familiare e ha una prevalenza più elevata tra i consanguinei di primo grado degli individui con schizofrenia che nella popolazione generale. Vi può anche essere un modesto incremento di schizofrenia e di altri disturbi psicotici tra i familiari di probandi con disturbo schizotipico di personalità.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Le distorsioni cognitive e percettive devono essere valutate nel contesto dell'ambiente culturale dell'individuo. Caratteristiche pervasive determinate culturalmente, in particolare quelle che riguardano convinzioni e rituali religiosi, possono apparire schizotipiche all'osservatore esterno non informato (per es., voodoo, parlare in varie lingue, la vita oltre la morte, lo sciamanesimo, la lettura della mente, il sesto senso, il malocchio e le credenze magiche su salute e malattia).

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il disturbo schizotipico di personalità può essere leggermente più comune nei maschi.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi mentali con sintomatologia psicotica. Il disturbo schizotipico di personalità può essere distinto da disturbo delirante, schizofrenia e disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche poiché questi disturbi sono tutti caratterizzati da un periodo con sintomi psicotici persistenti (per es., deliri e allucinazioni). Per porre una diagnosi addizionale di disturbo schizotipico di personalità, il disturbo di personalità deve essere stato presente prima dell'esordio dei sintomi psicotici e persistere quando i sintomi psicotici sono in remissione. Quando un individuo presenta un disturbo psicotico cronico (per es., schizofrenia) che è stato preceduto dal disturbo schizotipico di personalità, il disturbo schizotipico di personalità dovrebbe essere registrato, seguito da "premorboso" tra parentesi.

Disturbi del neurosviluppo. Può essere molto difficile differenziare i bambini con disturbo schizotipico di personalità nel gruppo eterogeneo di bambini solitari, strani, il cui comportamento è caratterizzato da marcato isolamento sociale, eccentricità o peculiarità di linguaggio, e la cui diagnosi includerebbe probabilmente le forme più lievi di disturbo dello spettro dell'autismo o disturbi della comunicazione e del linguaggio. I disturbi della comunicazione possono essere differenziati per la rilevanza e gravità del disturbo del linguaggio e per le caratteristiche specifiche della compromissione del linguaggio evidenziate con una valutazione specialistica. Le forme più lievi di disturbo dello spettro dell'autismo sono differenziate da una mancanza ancora maggiore di consapevolezza sociale e di reciprocità emotiva e da comportamenti e interessi stereotipati.

Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica. Il disturbo schizotipico di personalità deve essere distinto da una modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica, in cui i tratti che emergono sono attribuibili agli effetti di un'altra condizione medica sul sistema nervoso centrale.

Disturbi da uso di sostanze. Il disturbo schizotipico di personalità deve anche essere distinto dai sintomi che possono comparire in associazione all'uso abituale di una sostanza.

Altri disturbi di personalità e tratti di personalità. Altri disturbi di personalità possono essere confusi con il disturbo schizotipico di personalità per alcune caratteristiche che hanno in comune. È, pertanto, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze delle loro caratteristiche specifiche. Tuttavia, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più disturbi di personalità oltre a quello schizotipico, possono tutti essere diagnosticati. Sebbene anche i disturbi paranoide e schizoide di personalità possano essere caratterizzati da distacco sociale e riduzione dell'affettività, il disturbo schizotipico di personalità può essere distinto da queste due diagnosi per la presenza di distorsioni cognitive e percettive e di eccentricità o stranezza marcate. Le relazioni affettive sono limitate sia nel disturbo schizotipico di personalità sia nel disturbo evitante di personalità; in quest'ultimo, tuttavia, il desiderio attivo di stabilire relazioni sociali è coartato dal timore del rifiuto, mentre nel disturbo schizotipico di personalità manca il desiderio di relazioni sociali e vi è un distacco persistente. Anche gli individui con disturbo narcisistico di personalità possono manifestare sospettosità, ritiro sociale o distacco, ma nel disturbo narcisistico di personalità queste qualità derivano principalmente dal timore di rivelare imperfezioni o difetti. Anche gli individui con disturbo borderline di personalità possono presentare sintomi simil-psicotici transitori, ma questi sono di solito più strettamente associati ai viraggi affettivi in risposta allo stress (per es., intensa rabbia, ansia, disappunto) e sono di solito più dissociativi (per es., derealizzazione, depersonalizzazione). Al contrario, gli individui con disturbo schizotipico di personalità sono più inclini a presentare sintomi simil-psicotici costanti, che possono peggiorare in condizioni di stress, ma è più difficile che siano associati invariabilmente a sintomi affettivi pronunciati. Sebbene l'isolamento sociale possa essere manifesto nel disturbo borderline di personalità, esso è di solito secondario ai ripetuti fallimenti interpersonali dovuti alle esplosioni di rabbia e alle frequenti variazioni dell'umore, piuttosto che il risultato di una persistente mancanza di contatti sociali e di desiderio di intimità. Inoltre, gli individui con disturbo schizotipico di personalità di solito non dimostrano i comportamenti impulsivi o manipolativi degli individui con disturbo borderline di personalità. Comunque, vi è una percentuale elevata di compresenza tra i due disturbi, tale da non rendere sempre possibile questa distinzione. Caratteristiche schizotipiche durante l'adolescenza possono riflettere un tumulto emotivo transitorio, piuttosto che un disturbo di personalità persistente.

Disturbi di personalità del gruppo B

Disturbo antisociale di personalità 301.7 (F60.2)

Criteri diagnostici

A. Un pattern pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dall'età di 15 anni, come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
   1. Incapacità di conformarsi alle norme sociali per quanto riguarda il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di atti passibili di arresto.
   2. Disonestà, come indicato dal mentire ripetutamente, usare falsi nomi o truffare gli altri, per profitto o per piacere personale.
   3. Impulsività o incapacità di pianificare.
   4. Irritabilità e aggressività, come indicato da ripetuti scontri o aggressioni fisiche.
   5. Noncuranza sconsiderata della sicurezza propria o degli altri.
   6. Irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere un'attività lavorativa continuativa o di far fronte a obblighi finanziari.
   7. Mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo avere danneggiato, maltrattato o derubato un altro.

B. L'individuo ha almeno 18 anni.

C. Presenza di un disturbo della condotta con esordio prima dei 15 anni di età.

D. Il comportamento antisociale non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o del disturbo bipolare.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo antisociale di personalità è un pattern pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che inizia nell'infanzia o nella prima adolescenza e continua nell'età adulta. Questo pattern è stato anche denominato *psicopatia*, *sociopatia* o *disturbo dissociale di personalità*. Poiché la disonestà e la manipolazione sono caratteristiche centrali del disturbo antisociale di personalità, può es-

sere particolarmente utile integrare le informazioni acquisite dalla valutazione clinica sistematica con le informazioni raccolte da fonti collaterali.

Per porre questa diagnosi, l'individuo deve avere almeno 18 anni (Criterio B) e avere in anamnesi alcuni sintomi del disturbo della condotta prima dell'età di 15 anni (Criterio C). Il disturbo della condotta comporta un pattern ripetitivo e persistente di comportamenti che violano i diritti basilari degli altri o le principali norme o regole sociali appropriate all'età. I comportamenti specifici caratteristici del disturbo della condotta cadono in una delle quattro seguenti categorie: aggressione a persone o animali, distruzione di proprietà, truffa o furto, o grave violazione di regole.

Il pattern di comportamento antisociale continua nell'età adulta. Gli individui con disturbo antisociale di personalità non riescono a conformarsi alle norme sociali per quanto riguarda il comportamento legale (Criterio A1). Possono compiere ripetutamente atti passibili di arresto (che vengano arrestati o no), come distruggere proprietà, molestare gli altri, rubare o svolgere attività illegali. Gli individui con questo disturbo non rispettano i desideri, i diritti o i sentimenti degli altri. Sono frequentemente disonesti e manipolativi per profitto o per piacere personale (per es., per ottenere denaro, sesso o potere) (Criterio A2). Possono mentire ripetutamente, usare falsi nomi, truffare o simulare. L'impulsività può manifestarsi con l'incapacità di pianificare (Criterio A3). Le decisioni vengono prese sotto l'impulso del momento, senza riflettere e senza considerare le conseguenze per sé e per gli altri; questo può determinare cambiamenti improvvisi di lavoro, di residenza o di relazioni. Gli individui con disturbo antisociale di personalità tendono a essere irritabili e aggressivi e possono essere ripetutamente coinvolti in scontri fisici o compiere aggressioni fisiche (incluso picchiare il coniuge o i figli) (Criterio A4). (Le azioni aggressive richieste per difendere sé o gli altri non sono considerate in questo item.) Questi individui mostrano anche una noncuranza sconsiderata della sicurezza propria o degli altri (Criterio A5). Ciò può essere evidenziato dal loro modo di guidare (ricorrente eccesso di velocità, guidare in stato di intossicazione, incidenti multipli). Possono assumere comportamenti sessuali o fare uso di sostanze con elevato rischio di conseguenze dannose. Possono ignorare o non curarsi di un figlio, al punto da metterlo in pericolo.

Gli individui con disturbo antisociale di personalità tendono anche a essere spesso estremamente irresponsabili (Criterio A6). Un comportamento lavorativo irresponsabile può essere indicato da periodi significativi di disoccupazione nonostante la disponibilità di opportunità di lavoro o dall'abbandono di molti lavori senza un piano realistico per ottenerne un altro. Può essere presente anche un pattern di ripetute assenze dal lavoro non giustificate da malattie proprie o dei familiari. L'irresponsabilità finanziaria è indicata da azioni quali inadempienza ai debiti, incapacità di provvedere al mantenimento dei figli o incapacità di supportare altre figure dipendenti in modo regolare. Gli individui con disturbo antisociale di personalità mostrano scarso rimorso per le conseguenze delle proprie azioni (Criterio A7). Possono essere indifferenti o fornire una razionalizzazione superficiale dopo avere danneggiato, maltrattato o derubato qualcuno (per es., "La vita è ingiusta", "I perdenti meritano di perdere"). Questi individui possono accusare le vittime di essere stupide, incapaci o di meritarsi il proprio destino (per es., "Gli sarebbe capitato comunque"); possono minimizzare le conseguenze dannose delle proprie azioni; o possono semplicemente mostrare completa indifferenza. Generalmente sono incapaci di scusarsi o di riparare al loro comportamento. Possono credere che ognuno debba sacrificarsi per "aiutare il numero uno" e che non ci si debba fermare di fronte a niente per evitare di essere sottomessi.

Il comportamento antisociale non deve manifestarsi esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o del disturbo bipolare (Criterio D).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo antisociale di personalità frequentemente mancano di empatia e tendono a essere indifferenti, cinici e sprezzanti nei confronti dei sentimenti, dei diritti e delle sofferenze degli altri. Possono avere un'autostima ipertrofica e arrogante (per es., pensano che un lavoro ordinario non sia degno di loro o mancano di interesse realistico per i propri problemi attuali o per il proprio futuro) e possono essere eccessivamente testardi, sicuri di sé o presuntuosi. Possono avere un fascino disinvolto, superficiale, e possono essere piuttosto volubili e verbalmente brillanti (per es., usando termini tecnici o un gergo che può impressionare chi non ha familiarità con l'argomento). La mancanza di empatia, l'autostima ipertrofica e il fascino superficiale sono caratteristiche comunemente incluse nelle concezioni tradizionali della psicopatia, che possono essere particolarmente distintive del disturbo e più predittive di recidiva in ambito carcerario o forense, dove di solito gli atti criminali, delinquenziali o aggressivi non sono dirimenti. Questi individui possono anche essere irresponsabili e profittatori nelle relazioni sessuali. Possono avere nella loro storia numerosi partner sessuali e non avere mai sostenuto una relazione monogama. Possono essere genitori irresponsabili, come evidenziato dalla malnutrizione di un figlio, dalla malattia di un figlio dovuta alla mancanza di una minima igiene, dalla dipendenza di un figlio dai vicini o da familiari non conviventi per quanto riguarda cibo o riparo, dall'incapacità di trovare qualcuno che si occupi di un figlio piccolo quando l'individuo è lontano da casa, o dal ripetuto spreco del denaro richiesto per le necessità domestiche. Questi individui possono essere espulsi con infamia dai servizi militari, possono non riuscire a essere indipendenti, cadere in povertà o anche diventare dei senzatetto, o trascorrere molti anni in istituzioni penali. Gli individui con disturbo antisociale di personalità hanno maggiori probabilità rispetto alla popolazione generale di morire prematuramente per cause violente (per es., suicidio, incidenti, omicidi).

Gli individui con questo disturbo possono anche presentare disforia, lamentele di nervosismo, incapacità di tollerare la noia e umore depresso. Possono avere disturbi associati d'ansia, disturbi depressivi, disturbi da uso di sostanze, disturbo da sintomi somatici, disturbo da gioco d'azzardo e altri disturbi del controllo degli impulsi. Gli individui con disturbo antisociale di personalità hanno anche spesso caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per altri disturbi di personalità, particolarmente i disturbi borderline, istrionico e narcisistico di personalità. La probabilità di sviluppare un disturbo antisociale di personalità nella vita adulta è aumentata se l'individuo ha presentato un esordio precoce di disturbo della condotta (prima dei 10 anni di età), accompagnato da un disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Abusi o incuria da bambino, genitori instabili o imprevedibili, o disciplina incoerente da parte dei genitori possono aumentare la probabilità che il disturbo della condotta evolva in un disturbo antisociale di personalità.

Prevalenza

Le percentuali di prevalenza a dodici mesi del disturbo antisociale di personalità, secondo i criteri dei precedenti DSM, sono tra 0,2 e 3,3%. La più alta prevalenza del disturbo antisociale di personalità (maggiore del 70%) è tra i campioni più gravi di maschi con disturbo da uso di alcol e da cliniche per il trattamento dell'abuso di sostanze, carceri o altri ambiti forensi. La prevalenza è più alta nei campioni che subiscono fattori socioeconomici (per es., la povertà) o socioculturali (per es., la migrazione) avversi.

Sviluppo e decorso

Il disturbo antisociale di personalità ha un decorso cronico, ma può diventare meno evidente o andare incontro a remissione man mano che l'individuo diventa più adulto, particolarmente dalla quarta decade di vita. Sebbene questa remissione tenda a essere particolarmente evidente per quanto riguarda il mettere in atto un comportamento criminale, è probabile una riduzione dell'intero spettro di comportamenti antisociali e dell'uso di sostanze. Per definizione, il disturbo antisociale di personalità non può essere diagnosticato prima dei 18 anni di età.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Il disturbo antisociale di personalità è più comune tra i consanguinei di primo grado di individui con questo disturbo che nella popolazione generale. Il rischio per i consanguinei di femmine con il disturbo tende a essere maggiore del rischio per i consanguinei di maschi con il disturbo. I consanguinei di individui con questo disturbo hanno anche un rischio aumentato di disturbo da sintomi somatici e disturbi da uso di sostanze. Nell'ambito di una famiglia con un membro affetto da disturbo antisociale di personalità, i maschi hanno più spesso il disturbo antisociale di personalità e disturbi da uso di sostanze, mentre le femmine hanno più spesso il disturbo da sintomi somatici. Comunque, in tali famiglie, vi è un aumento nella prevalenza di tutti questi disturbi sia nei maschi sia nelle femmine, in confronto alla popolazione generale. Studi sull'adozione indicano che fattori sia genetici sia ambientali contribuiscono al rischio di sviluppare il disturbo antisociale di personalità. Sia i figli adottivi sia quelli biologici di genitori con disturbo antisociale di personalità hanno un rischio aumentato di sviluppare tale disturbo, quello da sintomi somatici e disturbi da uso di sostanze. I bambini adottati assomigliano ai genitori biologici più che ai genitori adottivi, ma l'ambiente della famiglia adottiva influenza il rischio di sviluppare un disturbo di personalità e la psicopatologia correlata.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il disturbo antisociale di personalità sembra essere associato a uno stato socioeconomico basso e agli ambienti urbani. Sono state sollevate preoccupazioni per il fatto che la diagnosi possa talvolta essere applicata erroneamente a individui che vivono in ambienti in cui verosimilmente il comportamento antisociale può essere parte di una strategia protettiva di sopravvivenza. Nel valutare i tratti antisociali, è utile per il clinico considerare il contesto sociale ed economico in cui si manifesta il comportamento.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il disturbo antisociale di personalità è molto più comune nei maschi che nelle femmine. Vi è qualche preoccupazione che tale disturbo possa essere sottodiagnosticato nelle femmine, particolarmente a causa dell'enfasi posta sugli item che riguardano l'aggressività nella definizione del disturbo della condotta.

Diagnosi differenziale

La diagnosi di disturbo antisociale di personalità non viene attribuita a individui al di sotto dei 18 anni di età e viene attribuita soltanto se sono presenti in anamnesi alcuni sintomi del disturbo della condotta prima dei 15 anni. Per gli individui oltre i 18 anni si diagnostica un disturbo della condotta solo se non risultano soddisfatti i criteri per il disturbo antisociale di personalità.

Disturbi da uso di sostanze. Quando in un adulto il comportamento antisociale si associa a un disturbo da uso di sostanze, non si pone la diagnosi di disturbo antisociale di personalità, a meno che segni di tale disturbo siano stati presenti nell'infanzia e siano continuati nell'età adulta. Quando sia l'uso di sostanze sia il comportamento antisociale iniziano nell'infanzia e continuano nell'età adulta, si dovrebbero diagnosticare sia un disturbo da uso di sostanze sia un disturbo antisociale di personalità se i criteri per entrambi sono soddisfatti, anche se alcuni atti antisociali possono essere una conseguenza del disturbo da uso di sostanze (per es., vendita illegale di droghe, furti per ottenere denaro per le droghe).

Schizofrenia e disturbo bipolare. Un comportamento antisociale che si manifesti esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di un disturbo bipolare non dovrebbe essere diagnosticato come disturbo antisociale di personalità.

Altri disturbi di personalità. Altri disturbi di personalità possono essere confusi con il disturbo antisociale di personalità per certe caratteristiche che hanno in comune. È, pertanto, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze nelle loro caratteristiche specifiche. Tuttavia, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più disturbi di personalità oltre a quello antisociale, possono tutti essere diagnosticati. Gli individui con disturbo antisociale di personalità e con disturbo narcisistico di personalità condividono la tendenza a essere brutali, disinvolti, superficiali, profittatori, e non sono empatici. Comunque, il disturbo narcisistico di personalità non include caratteristiche di impulsività, aggressività e disonestà. Inoltre, gli individui con disturbo antisociale di personalità possono non essere così bisognosi dell'ammirazione e dell'invidia degli altri, e gli individui con disturbo narcisistico di personalità di solito non hanno un'anamnesi di disturbo della condotta nell'infanzia o di comportamento criminale nell'età adulta. Gli individui con disturbo antisociale di personalità e con disturbo istrionico di personalità condividono la tendenza a essere impulsivi, superficiali, alla ricerca di situazioni eccitanti, avventati, seduttivi e manipolativi, ma gli individui con disturbo istrionico di personalità tendono a essere emotivamente più esagerati e caratteristicamente non mettono in atto comportamenti antisociali. Gli individui con disturbo istrionico e disturbo borderline di personalità sono manipolativi per ottenere considerazione, mentre quelli con disturbo antisociale di personalità sono manipolativi per ottenere profitto, potere o altre gratificazioni materiali. Gli individui con disturbo antisociale di personalità tendono a essere meno instabili emotivamente e più aggressivi di quelli con disturbo borderline di personalità. Sebbene il comportamento antisociale possa essere presente in alcuni individui con disturbo paranoide di personalità, di solito non è motivato da un desiderio di vantaggio personale o di sfruttamento degli altri, come nel disturbo antisociale di personalità, ma piuttosto è più spesso dovuto a un desiderio di vendetta.

Comportamento criminale non associato a un disturbo di personalità. Il disturbo antisociale di personalità deve essere distinto dal comportamento criminale adottato per vantaggio personale non accompagnato dalle caratteristiche di personalità specifiche di questo disturbo. Solo quando i tratti antisociali di personalità sono inflessibili, disadattivi e persistenti, e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo denotano un disturbo antisociale di personalità.

Disturbo borderline di personalità 301.83 (F60.3)

Criteri diagnostici

Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.
   Nota: Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).
   Nota: Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche essenziali del disturbo borderline di personalità sono un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore, e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti.

Gli individui con disturbo borderline di personalità compiono sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono (Criterio 1). La percezione della separazione o del rifiuto imminenti, o la perdita di qualche strutturazione esterna, possono portare ad alterazioni profonde dell'immagine di sé, dell'umore, della cognitività e del comportamento. Questi individui sono molto sensibili alle circostanze ambientali. Provano intensi timori di abbandono e rabbia inappropriata anche quando si trovano ad affrontare separazioni reali limitate nel tempo o quando intervengono cambiamenti inevitabili di progetti (per es., disperazione improvvisa come reazione all'annuncio del clinico che il tempo del colloquio è terminato; panico o furore quando qualcuno per loro importante è in ritardo di pochi minuti o deve disdire un appuntamento). Possono credere che questo "abbandono" implichi che essi sono "cattivi". Questi timori di abbandono sono associati all'intolleranza a restare soli e alla necessità di avere persone con loro. Gli sforzi disperati per evitare l'abbandono possono comportare azioni

impulsive, come comportamenti suicidari o automutilanti, che vengono descritti separatamente nel Criterio 5.

Gli individui con disturbo borderline di personalità hanno un pattern di relazioni instabili e intense (Criterio 2). Possono idealizzare caregiver o amanti potenziali al primo o secondo incontro, chiedere di trascorrere molto tempo insieme e condividere i dettagli più intimi all'inizio di una relazione. Tuttavia, possono passare rapidamente dall'idealizzare le altre persone allo svalutarle, sentire che l'altra persona non si occupa abbastanza di loro, non dà abbastanza, non è abbastanza "presente". Questi individui possono empatizzare con altre persone e accudirle, ma solo con l'aspettativa che le altre persone saranno "presenti" a loro volta per soddisfare le loro necessità a richiesta. Sono inclini a cambiamenti improvvisi e drammatici della loro visione degli altri, che possono essere visti alternativamente come supporti benefici o come crudelmente punitivi. Tali variazioni spesso riflettono la disillusione nei confronti di un caregiver le cui qualità di accudimento sono state idealizzate, o da parte del quale ci si aspetta il rifiuto o l'abbandono.

Può esservi un'alterazione dell'identità caratterizzata da un'immagine di sé o da una percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile (Criterio 3). Vi sono variazioni improvvise e drammatiche dell'immagine di sé, caratterizzate da cambiamenti di obiettivi, valori, aspirazioni. Possono esservi improvvisi cambiamenti di opinioni e di progetti a proposito della carriera, dell'identità sessuale, dei valori e dei tipi di amici. Questi individui possono improvvisamente passare dal ruolo di supplice, bisognoso di aiuto, a quello di giusto vendicatore di un maltrattamento precedente. Sebbene abbiano di solito un'immagine di sé che si basa sull'essere cattivi o pericolosi, gli individui con questo disturbo possono talvolta sentire di non esistere affatto. Tali esperienze solitamente si manifestano in situazioni in cui l'individuo percepisce la mancanza di una relazione significativa, di accudimento e di supporto. Possono mostrare le prestazioni peggiori nel lavoro non strutturato o in situazioni scolastiche.

Gli individui con disturbo borderline di personalità manifestano impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per sé (Criterio 4). Possono giocare d'azzardo, spendere soldi in modo irresponsabile, abbuffarsi, abusare di sostanze, avere rapporti sessuali non sicuri o guidare spericolatamente. Gli individui con questo disturbo manifestano ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante (Criterio 5). Il suicidio riuscito si verifica nell'8-10% di tali individui, e gli atti automutilanti (per es., tagliarsi o bruciarsi) e le minacce e i tentativi di suicidio sono molto comuni. La tendenza ricorrente al suicidio è spesso la ragione per cui questi individui chiedono aiuto. Le azioni autodistruttive sono di solito indotte da minacce di separazione o di rifiuto, o dall'aspettativa di assumere maggiori responsabilità. L'automutilazione può verificarsi durante esperienze dissociative e spesso porta sollievo, riaffermando la capacità di sentire o di espiare la sensazione dell'individuo di essere cattivo.

Gli individui con disturbo borderline di personalità possono manifestare instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni) (Criterio 6). L'umore disforico di base di chi è affetto da disturbo borderline di personalità è spesso spezzato da periodi di rabbia, panico o disperazione ed è raramente alleviato da periodi di benessere o soddisfazione. Questi episodi possono riflettere l'estrema reattività dell'individuo a stress interpersonali. Gli individui con disturbo borderline di personalità possono essere afflitti da sentimenti cronici di vuoto (Criterio 7). Facilmente annoiati, possono costantemente cercare qualcosa da fare. Gli individui con disturbo borderline di personalità frequentemente esprimono rabbia

inappropriata, intensa, o hanno difficoltà a controllare la propria rabbia (Criterio 8). Possono manifestare estremo sarcasmo, amarezza costante o esplosioni verbali. La rabbia è spesso suscitata dal vedere un caregiver o un amante come disattento, rifiutante, poco dedito o abbandonante. Tali espressioni di rabbia sono spesso seguite da vergogna e senso di colpa, e contribuiscono alla sensazione di essere cattivi. Durante i periodi di stress estremo, possono manifestarsi ideazione paranoide transitoria o sintomi dissociativi (per es., depersonalizzazione) (Criterio 9), ma questi sono generalmente di gravità o durata insufficienti a giustificare una diagnosi addizionale. Questi episodi si manifestano più frequentemente in risposta a un reale o immaginario abbandono. I sintomi tendono a essere transitori e durano minuti o ore. Il ritorno reale o percepito dell'accudimento da parte del caregiver può determinare una remissione dei sintomi.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo borderline di personalità possono avere un pattern di boicottaggio di se stessi nel momento in cui l'obiettivo è sul punto di essere realizzato (per es., ritirarsi da scuola quando sono in procinto di diplomarsi; regredire gravemente dopo una discussione su come sta andando bene la terapia; distruggere una buona relazione proprio quando è chiaro che potrebbe durare). Alcuni individui sviluppano sintomi simil-psicotici (per es., allucinazioni, distorsioni dell'immagine corporea, idee di riferimento, fenomeni ipnagogici) durante periodi di stress. Gli individui con questo disturbo possono sentirsi più sicuri con oggetti transizionali (per es., possedere un animale domestico o un oggetto inanimato) che nelle relazioni interpersonali. In individui con questo disturbo può verificarsi una morte prematura per suicidio, specialmente in quelli con concomitanti disturbi depressivi o disturbi da uso di sostanze. Dalle condotte di abuso autoinflitte o dai tentativi di suicidio mancati possono derivare menomazioni fisiche. Sono comuni perdite ricorrenti del lavoro, interruzione della scolarità e rottura di matrimoni. Nelle storie infantili di individui con disturbo borderline di personalità sono più comuni l'abuso fisico e sessuale, l'incuria, il conflitto ostile e la perdita precoce di un genitore. I comuni disturbi concomitanti includono i disturbi depressivo e bipolare, i disturbi da uso di sostanze, i disturbi dell'alimentazione (particolarmente la bulimia nervosa), il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Il disturbo borderline di personalità è frequentemente concomitante con altri disturbi di personalità.

Prevalenza

La mediana della prevalenza nella popolazione del disturbo borderline di personalità è stimata dell'1,6%, ma può arrivare fino al 5,9%. La prevalenza del disturbo borderline di personalità è di circa il 6% in contesti di assistenza primaria, di circa il 10% tra gli individui osservati in ambulatori di salute mentale, e di circa il 20% tra i pazienti psichiatrici ricoverati. La prevalenza del disturbo borderline di personalità può diminuire nei gruppi di età più avanzata.

Sviluppo e decorso

Vi è una considerevole variabilità nel decorso del disturbo borderline di personalità. L'andamento più frequente è rappresentato da instabilità cronica nella prima età adulta, con episodi di grave discontrollo affettivo e impulsivo ed elevati livelli nell'uso di servizi sanitari o di salute mentale. La compromissione derivata dal disturbo e il rischio di suicidio sono maggiori negli anni giovanili e gradualmente svaniscono con l'avanzare

dell'età. Sebbene la tendenza verso le emozioni intense, l'impulsività e l'intensità nelle relazioni sia spesso presente per tutta la vita, gli individui che affrontano l'intervento terapeutico spesso mostrano un miglioramento che talvolta inizia nel primo anno. Durante la quarta e la quinta decade della loro vita, la maggior parte degli individui con questo disturbo raggiunge una maggiore stabilità nelle proprie relazioni e nel funzionamento professionale. Gli studi di follow-up su individui identificati attraverso le strutture ambulatoriali di salute mentale indicano che, dopo circa 10 anni, almeno la metà degli individui non mostra più un pattern di comportamento che soddisfa tutti i criteri per il disturbo borderline di personalità.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Il disturbo borderline di personalità è circa cinque volte più comune tra i consanguinei di primo grado degli individui con il disturbo che nella popolazione generale. Vi è anche un aumentato rischio familiare per i disturbi da uso di sostanze, il disturbo antisociale di personalità e i disturbi depressivo e bipolare.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il pattern di comportamento osservato nel disturbo borderline di personalità è stato identificato in vari ambiti nel mondo. Gli adolescenti e i giovani adulti con problemi di identità (specialmente quando accompagnati da uso di sostanze) possono manifestare transitoriamente comportamenti che danno ingannevolmente l'impressione di un disturbo borderline di personalità. Tali situazioni sono caratterizzate da instabilità emotiva, dilemmi "esistenziali", incertezze, scelte ansiogene, conflitti sull'orientamento sessuale e contrastanti pressioni sociali nelle decisioni riguardanti la vita professionale.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il disturbo borderline di personalità viene diagnosticato prevalentemente (75% circa) nelle femmine.

Diagnosi differenziale

Disturbi depressivo e bipolare. Il disturbo borderline di personalità spesso è concomitante con i disturbi depressivo e bipolare, e quando sono soddisfatti i criteri per entrambi, possono essere entrambi diagnosticati. Poiché la presentazione trasversale del disturbo borderline di personalità può essere mimata da un episodio di disturbo depressivo o bipolare, il clinico dovrebbe evitare di porre una diagnosi addizionale di disturbo borderline di personalità basandosi solo sulla presentazione trasversale, senza avere documentato che il pattern di comportamento ha avuto un esordio precoce e un decorso di lunga durata.

Altri disturbi di personalità. Altri disturbi di personalità possono essere confusi con il disturbo borderline di personalità, poiché hanno alcune caratteristiche in comune. È, pertanto, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze nelle loro caratteristiche specifiche. Tuttavia, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più disturbi di personalità oltre a quello borderline, possono tutti essere diagnosticati. Sebbene anche il disturbo istrionico di personalità possa essere caratterizzato da ricerca di attenzione, comportamento manipolativo ed emotività rapidamente variabile, il disturbo borderline di personalità si distingue per l'autodistruttività, la rottura con rabbia di relazioni e sentimenti cronici di profondo

vuoto e solitudine. Possono essere presenti idee paranoidi o illusioni sia nel disturbo borderline di personalità sia nel disturbo schizotipico di personalità, ma questi sintomi nel disturbo borderline di personalità sono più transitori, reattivi ai rapporti interpersonali e sensibili alla strutturazione esterna. Sebbene anche il disturbo paranoide di personalità e il disturbo narcisistico di personalità possano essere caratterizzati da reazioni di rabbia per stimoli minori, la relativa stabilità dell'immagine di sé, così come la relativa assenza di autodistruttività, impulsività e timori di abbandono, distinguono questi disturbi dal disturbo borderline di personalità. Sebbene il disturbo antisociale di personalità e il disturbo borderline di personalità siano caratterizzati entrambi dal comportamento manipolativo, gli individui con disturbo antisociale di personalità sono manipolativi per ottenere vantaggio, potere o altra gratificazione materiale, mentre l'obiettivo nel disturbo borderline di personalità è più rivolto verso l'ottenimento delle attenzioni dei personaggi accudenti. Sia il disturbo dipendente di personalità sia il disturbo borderline di personalità sono caratterizzati dal timore di essere abbandonati; tuttavia, l'individuo con disturbo borderline di personalità reagisce all'abbandono con sentimenti di vuoto emotivo, rabbia e richieste, mentre l'individuo con disturbo dipendente di personalità reagisce aumentando le concessioni e la sottomissione, e ricerca urgentemente una relazione sostitutiva per ottenere accudimento e supporto. Il disturbo borderline di personalità può essere ulteriormente distinto dal disturbo dipendente di personalità per il tipico pattern di relazioni instabili e intense.

Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica. Il disturbo borderline di personalità deve essere distinto da una modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica, in cui i tratti che emergono sono attribuibili agli effetti di un'altra condizione medica sul sistema nervoso centrale.

Disturbi da uso di sostanze. Il disturbo borderline di personalità deve anche essere distinto dai sintomi che si sviluppano in associazione all'uso abituale di sostanze.

Problemi di identità. Il disturbo borderline di personalità dovrebbe essere distinto da un problema di identità, che è circoscritto ai problemi di identità legati a una fase dello sviluppo (per es., adolescenza) e non si qualifica come disturbo mentale.

Disturbo istrionico di personalità 301.50 (F60.4)

Criteri diagnostici

Un pattern pervasivo di emotività eccessiva e di ricerca di attenzione, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. È a disagio in situazioni nelle quali non è al centro dell'attenzione.
2. L'interazione con gli altri è spesso caratterizzata da inappropriato comportamento sessualmente seduttivo o provocante.
3. Manifesta un'espressione delle emozioni rapidamente mutevole e superficiale.
4. Utilizza costantemente l'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di sé.
5. Lo stile dell'eloquio è eccessivamente impressionistico e privo di dettagli.
6. Mostra autodrammatizzazione, teatralità ed espressione esagerata delle emozioni.
7. È suggestionabile (cioè facilmente influenzato dagli altri o dalle circostanze).
8. Considera le relazioni più intime di quanto non siano realmente.

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche essenziali del disturbo istrionico di personalità sono un'emotività pervasiva ed eccessiva e un comportamento di ricerca di attenzione. Questo pattern inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti.

Gli individui con disturbo istrionico di personalità si sentono a disagio o non apprezzati in situazioni nelle quali non sono al centro dell'attenzione (Criterio 1). Spesso brillanti e teatrali, tendono ad attirare l'attenzione su loro stessi e possono inizialmente affascinare le nuove conoscenze per il loro entusiasmo, l'evidente apertura o la seduttività. Tali qualità tendono a indebolirsi, tuttavia, poiché questi individui richiedono continuamente di essere al centro dell'attenzione. Essi si accaparrano il ruolo di "protagonista della festa". Se non sono al centro dell'attenzione, possono mettere in atto qualcosa di teatrale (per es., inventare delle storie, creare una scena) per attrarre l'attenzione su di loro. Questa necessità è spesso evidente nel loro comportamento con il clinico (per es., adulazione, regali, fornire descrizioni drammatiche dei sintomi fisici e psicologici che vengono sostituiti da nuovi sintomi a ogni visita).

L'aspetto e il comportamento degli individui con questo disturbo sono spesso inappropriatamente provocanti o seduttivi dal punto di vista sessuale (Criterio 2). Questo comportamento non è diretto soltanto nei confronti di persone per cui l'individuo ha un interesse sessuale o sentimentale, ma si manifesta in una grande varietà di relazioni sociali, lavorative e professionali, al di là di quanto sia appropriato al contesto sociale. L'espressione delle emozioni può essere superficiale e rapidamente mutevole (Criterio 3). Gli individui con questo disturbo utilizzano costantemente l'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di loro (Criterio 4). Sono eccessivamente preoccupati di impressionare gli altri per il loro aspetto, e impiegano un'eccessiva quantità di tempo, energia e denaro per gli abiti e le cure personali. Possono "andare in cerca di complimenti" per il loro aspetto ed essere facilmente ed eccessivamente turbati da un commento critico su come appaiono o da una fotografia che considerano poco lusinghiera.

Questi individui hanno un eloquio eccessivamente impressionistico e privo di dettagli (Criterio 5). Opinioni convincenti vengono espresse con afflato teatrale, ma le ragioni sottostanti sono di solito vaghe e generiche, senza fatti e dettagli di supporto. Per esempio, un individuo con disturbo istrionico di personalità può commentare che una certa persona è un essere umano meraviglioso, ma è incapace di fornire esempi specifici di qualità positive che supportino questa opinione. Gli individui con questo disturbo sono caratterizzati da autodrammatizzazione, teatralità ed espressione esagerata delle emozioni (Criterio 6). Possono mettere in imbarazzo amici e conoscenti per un'eccessiva manifestazione pubblica delle emozioni (per es., abbracciare con ardore eccessivo conoscenze casuali, piangere in modo incontrollabile per eventi sentimentali minimi, avere scatti d'ira). Tuttavia, le loro emozioni spesso sembrano accendersi e spegnersi troppo rapidamente per essere vissute in modo profondo, cosa che può portare gli altri ad accusare l'individuo di simulare questi sentimenti.

Gli individui con disturbo istrionico di personalità hanno un elevato grado di suggestionabilità (Criterio 7). Le loro opinioni e sentimenti vengono facilmente influenzati dagli altri e da momentanei entusiasmi. Possono essere eccessivamente fiduciosi, specialmente nei confronti di figure con forte autorità cui attribuiscono la risoluzione magica dei loro problemi. Tendono a seguire le impressioni e a adottare rapidamente convinzioni. Gli individui con questo disturbo spesso considerano le relazioni più intime di quanto non siano realmente, definendo quasi ogni conoscente "un mio caro, caro amico" o riferendosi a medici incontrati una o due volte in circostanze professionali con il loro nome di battesimo (Criterio 8).

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo istrionico di personalità possono avere difficoltà a raggiungere l'intimità emotiva in relazioni sentimentali o sessuali. Senza rendersene conto, spesso recitano una parte (per es., di "vittima" o di "principessa") nelle loro relazioni con gli altri. Possono cercare di controllare il partner attraverso la manipolazione emotiva o la seduttività da una parte, mentre manifestano una marcata dipendenza dall'altra. Gli individui con questo disturbo spesso compromettono le relazioni con gli amici dello stesso sesso perché il loro stile interpersonale sessualmente provocante può apparire come una minaccia per le relazioni dei loro amici. Questi individui possono anche allontanare gli amici con richieste di attenzione costante. Essi si sentono depressi e turbati quando non sono al centro dell'attenzione. Possono desiderare novità, nuovi stimoli ed eccitazione, e tendere ad annoiarsi della solita routine. Questi individui sono spesso intolleranti delle, o frustrati dalle, situazioni che prevedono una gratificazione posticipata e le loro azioni sono spesso dirette a ottenere soddisfazione immediata. Sebbene inizino un lavoro o un progetto con grande entusiasmo, il loro interesse può rapidamente venir meno. Le relazioni di lunga durata possono essere trascurate per far posto all'eccitazione di nuove relazioni.

Il rischio reale di suicidio non è conosciuto, ma l'esperienza clinica suggerisce che gli individui con questo disturbo sono in maggior misura a rischio per minacce e gesti suicidari finalizzati ad attirare l'attenzione e a costringere gli altri a occuparsi maggiormente di loro. Il disturbo istrionico di personalità è risultato associato a percentuali più elevate di disturbo da sintomi somatici, disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali) e disturbo depressivo maggiore. Spesso il disturbo istrionico di personalità è concomitante con i disturbi borderline, narcisistico, antisociale e dipendente di personalità.

Prevalenza

I dati del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions del 2001-2002 suggeriscono per il disturbo istrionico di personalità una prevalenza dell'1,84%.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Le norme per il comportamento interpersonale, l'aspetto personale e l'espressività emotiva variano ampiamente tra le culture, i generi e i gruppi di età. Prima di prendere in considerazione i vari tratti (emotività, seduttività, stile interpersonale teatrale, ricerca della novità, socievolezza, fascino, impressionabilità e tendenza alla somatizzazione) come evidenza di un disturbo istrionico di personalità, è importante valutare se causano una compromissione o un disagio clinicamente significativi.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Negli ambienti clinici questo disturbo è stato diagnosticato più frequentemente nelle femmine; tuttavia, la proporzione della distribuzione tra i sessi non è significativamente diversa da quella delle femmine nei rispettivi ambiti clinici. Al contrario, alcuni studi che si avvalgono di valutazioni strutturate riportano percentuali di prevalenza simili tra i maschi e le femmine.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi di personalità e tratti di personalità. Altri disturbi di personalità possono essere confusi con quello istrionico poiché hanno alcune caratteristiche in comune. È, pertanto, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze nelle loro caratteristiche specifiche. Tuttavia, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più disturbi di personalità oltre al disturbo istrionico di personalità, possono essere tutti diagnosticati. Sebbene anche il disturbo borderline di personalità possa essere caratterizzato da ricerca di attenzione, comportamento manipolativo ed emotività rapidamente mutevole, esso si distingue per l'autodistruttività, le rotture rabbiose delle relazioni strette, i sentimenti cronici di vuoto profondo e il disturbo dell'identità. Gli individui con disturbo antisociale di personalità e disturbo istrionico di personalità condividono una tendenza a essere impulsivi, superficiali, alla ricerca di situazioni eccitanti, spericolati, seduttivi e manipolativi, ma gli individui con disturbo istrionico di personalità tendono a essere più esagerati nelle reazioni emotive e, caratteristicamente, non assumono comportamenti antisociali. Gli individui con disturbo istrionico di personalità sono manipolativi per ottenere accudimento, mentre quelli con disturbo antisociale di personalità sono manipolativi per ottenere vantaggio, potere o qualche altra gratificazione materiale. Sebbene anche gli individui con disturbo narcisistico di personalità desiderino l'attenzione degli altri, essi di solito pretendono lodi per la loro "superiorità", mentre gli individui con disturbo istrionico di personalità sono disposti ad apparire fragili o dipendenti se questo serve a ottenere l'attenzione. Gli individui con disturbo narcisistico di personalità possono esagerare l'intimità delle loro relazioni con altre persone, ma sono più propensi a enfatizzare lo status di "vip" o la ricchezza dei loro amici. Nel disturbo dipendente di personalità l'individuo è eccessivamente dipendente dagli altri per quanto riguarda lodi e guida, ma senza le caratteristiche emotive appariscenti ed esagerate degli individui con disturbo istrionico di personalità.

Molti individui possono manifestare tratti istrionici di personalità. Solo quando questi tratti sono inflessibili, disadattivi e persistenti, e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo denotano il disturbo istrionico di personalità.

Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica. Il disturbo istrionico di personalità deve essere distinto da una modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica, nella quale i tratti che emergono sono attribuibili agli effetti di un'altra condizione medica sul sistema nervoso centrale.

Disturbi da uso di sostanze. Il disturbo istrionico di personalità deve anche essere distinto dai sintomi che possono svilupparsi in associazione all'uso abituale di sostanze.

Disturbo narcisistico di personalità 301.81 (F60.81)

Criteri diagnostici

Un pattern pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Ha un senso grandioso di importanza (per es., esagera risultati e talenti, si aspetta di essere considerato/a superiore senza un'adeguata motivazione).
2. È assorbito/a da fantasie di successo, potere, fascino, bellezza illimitati, o di amore ideale.
3. Crede di essere "speciale" e unico/a e di poter essere capito/a solo da, o di dover frequentare, altre persone (o istituzioni) speciali o di classe sociale elevata.
4. Richiede eccessiva ammirazione.

5. Ha un senso di diritto (cioè l'irragionevole aspettativa di speciali trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative).
6. Sfrutta i rapporti interpersonali (cioè approfitta delle altre persone per i propri scopi).
7. Manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri.
8. È spesso invidioso/a degli altri o crede che gli altri lo/a invidino.
9. Mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti, presuntuosi.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo narcisistico di personalità è un pattern pervasivo di grandiosità, necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti.

Gli individui con questo disturbo hanno un senso grandioso di importanza (Criterio 1). Abitualmente sovrastimano le proprie capacità ed esagerano i propri talenti, apparendo spesso vanagloriosi e presuntuosi. Possono sconsideratamente presumere che gli altri attribuiscano lo stesso valore ai loro sforzi e possono risultare sorpresi quando non ricevono le lodi che si aspettano e che sentono di meritare. Spesso nel giudizio esagerato dei propri talenti è implicita una sottostima (svalutazione) dei contributi di altri. Sono spesso assorbiti da fantasie di successo, potere, fascino, bellezza illimitati, o di amore ideale (Criterio 2). Possono rimuginare sul "ritardo" di ammirazione e privilegi, e paragonarsi favorevolmente con persone famose o privilegiate.

Gli individui con disturbo narcisistico di personalità credono di essere superiori, speciali o unici, e si aspettano che gli altri li riconoscano come tali (Criterio 3). Possono pensare di sentirsi capiti solo da persone speciali o di classe sociale elevata e di doverle frequentare, e possono attribuire qualità di "unico", "perfetto" o "dotato di talento" a coloro che frequentano. Gli individui con questo disturbo credono che le loro necessità siano speciali e al di fuori della comprensione delle persone comuni. La loro autostima viene aumentata (cioè "rispecchiata") dal valore idealizzato che attribuiscono a coloro che frequentano. Sono inclini a insistere per avere soltanto le persone più importanti (medico, avvocato, parrucchiere, istruttore) o affiliarsi alle "migliori" istituzioni, ma possono svalutare le credenziali di chi li delude.

Gli individui con questo disturbo generalmente richiedono eccessiva ammirazione (Criterio 4). La loro autostima è quasi invariabilmente molto fragile. Possono preoccuparsi di quanto si stiano comportando bene e di quanto vengano giudicati favorevolmente dagli altri. Questo spesso si trasforma nella costante necessità di attenzione e ammirazione. Possono aspettarsi che il loro arrivo venga accolto con grandi feste e sono stupiti se gli altri non bramano ciò che essi possiedono. Possono costantemente ricercare complimenti, spesso con grande fascino. Nella loro irragionevole aspettativa di speciali trattamenti di favore è evidente un senso di diritto (Criterio 5). Si aspettano di venire soddisfatti e, quando questo non accade, sono sconcertati e furiosi. Per esempio, possono presumere di non dover aspettare in coda e che le loro priorità siano così importanti che gli altri dovrebbero sottomettersi, e quindi si irritano quando gli altri non li assistono "nel loro lavoro molto importante". Questo senso di diritto, insieme alla mancanza di sensibilità per i desideri e le necessità altrui, può sfociare nello sfruttamento, cosciente o involontario, degli altri (Criterio 6). Si aspettano che venga loro data qualsiasi cosa vogliono o di cui sentono di avere bisogno, senza alcuna considerazione del significato che ciò può avere per gli altri. Per esempio, questi individui possono aspettarsi grande dedizione dagli altri e possono abusarne senza riguardo per le conseguenze sulle loro vite. Tendono a stringere amicizie o relazioni sentimentali solo se sembra che l'altra persona possa favorire i loro propositi o aumentare diversamente la loro autostima. Spesso usurpano privilegi speciali e risorse straordinarie che credono di meritare perché sono così speciali.

Gli individui con disturbo narcisistico di personalità generalmente mancano di empatia e hanno difficoltà a riconoscere i desideri, le esperienze soggettive e i sentimenti degli altri (Criterio 7). Possono presumere che gli altri siano totalmente assorbiti dal loro benessere. Tendono a discutere le proprie preoccupazioni con dettagli inappropriati e prolissi, mentre sono incapaci di riconoscere che anche gli altri hanno sentimenti e necessità. Sono spesso sprezzanti e impazienti con altri che parlano dei propri problemi e preoccupazioni. Questi individui possono essere incuranti del dolore che possono infliggere le loro osservazioni (per es., dire in modo entusiasta a un/a precedente amante "Sto vivendo la storia della mia vita!"; gloriarsi della propria salute di fronte a chi è malato). Quando vengono riconosciuti, i bisogni, i desideri o i sentimenti degli altri possono essere visti in modo denigratorio, come segni di debolezza o vulnerabilità. Chi si pone in relazione con individui con disturbo narcisistico di personalità tipicamente trova freddezza emotiva e mancanza di interesse reciproco.

Questi individui sono spesso invidiosi degli altri o credono che gli altri siano invidiosi di loro (Criterio 8). Possono invidiare gli altrui successi e proprietà, sentendo di essere maggiormente meritevoli di quei risultati, ammirazione o privilegi. Possono svalutare aspramente i contributi di altri, particolarmente quando essi hanno ricevuto riconoscimento o lode per i loro successi. Comportamenti arroganti e presuntuosi caratterizzano questi individui, che spesso manifestano un atteggiamento snob, sdegnoso o condiscendente (Criterio 9). Per esempio, un individuo con questo disturbo può lamentarsi della "scortesia" o "stupidità" di un cameriere maldestro o concludere una visita medica con una valutazione condiscendente del medico.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

La vulnerabilità dell'autostima rende gli individui con disturbo narcisistico di personalità molto sensibili alle "ferite" dovute alle critiche o alla frustrazione. Sebbene possano non dimostrarlo esternamente, la critica può tormentarli e lasciarli umiliati, avviliti, vanificati e svuotati. Possono reagire con sdegno, rabbia, o contrattaccare con insolenza. Tali esperienze spesso conducono a ritiro sociale, o a una parvenza di umiltà che può mascherare e proteggere la grandiosità. Le relazioni interpersonali sono tipicamente compromesse a causa dei problemi derivanti dalle pretese, dalla necessità di ammirazione, e dal relativo disinteresse per la sensibilità degli altri. Sebbene l'ambizione arrogante e la sicurezza possano portare a risultati elevati, le prestazioni possono essere distrutte dall'intolleranza alla critica o alla sconfitta. Talvolta il funzionamento professionale può essere molto scarso, riflettendo l'avversione ad accettare il rischio in situazioni competitive o di altro tipo nelle quali è possibile una sconfitta. Sentimenti persistenti di vergogna o di umiliazione, e l'autocritica che li accompagna, possono associarsi al ritiro sociale, umore depresso e disturbo depressivo persistente (distimia) o depressivo maggiore. Al contrario, periodi prolungati di grandiosità possono associarsi a un umore ipomaniacale. Il disturbo narcisistico di personalità è associato anche all'anoressia nervosa e ai disturbi da uso di sostanze (specialmente la cocaina). I disturbi istrionico, borderline, antisociale e paranoide di personalità possono risultare associati al disturbo narcisistico di personalità.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo narcisistico di personalità, secondo le definizioni del DSM-IV, è compresa tra 0 e 6,2% nei campioni di soggetti rappresentativi delle comunità.

Sviluppo e decorso

I tratti narcisistici possono essere particolarmente comuni negli adolescenti e non indicano necessariamente che l'individuo andrà incontro a un disturbo narcisistico di personalità. Gli individui con disturbo narcisistico di personalità possono avere difficoltà particolari a adattarsi all'insorgere di limitazioni fisiche e lavorative inerenti al processo di invecchiamento.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il 50-75% degli individui diagnosticati con disturbo narcisistico di personalità sono maschi.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi di personalità e tratti di personalità. Altri disturbi di personalità possono essere confusi con quello narcisistico, poiché hanno alcune caratteristiche in comune. È, pertanto, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze delle loro caratteristiche specifiche. Tuttavia, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più disturbi di personalità oltre al disturbo narcisistico di personalità, possono essere tutti diagnosticati. La caratteristica più utile nel discriminare il disturbo narcisistico di personalità dai disturbi istrionico, antisociale e borderline di personalità, i cui stili interattivi sono rispettivamente frivolo, insensibile e bisognoso, è la sua caratteristica grandiosità. La relativa stabilità dell'immagine di sé, così come anche la relativa mancanza di autodistruttività, impulsività e timore di abbandono, aiutano a distinguere il disturbo narcisistico di personalità da quello borderline. L'eccessivo orgoglio per i propri talenti, una relativa mancanza di manifestazioni emotive e il disprezzo per la sensibilità degli altri aiutano a distinguere il disturbo narcisistico di personalità da quello istrionico. Sebbene gli individui con i disturbi borderline, istrionico e narcisistico di personalità possano richiedere molta attenzione, quelli con disturbo narcisistico di personalità richiedono specificatamente attenzione per essere ammirati. Gli individui con disturbi antisociale e narcisistico di personalità condividono una tendenza a essere testardi, disinvolti, superficiali, profittatori e non empatici. Tuttavia, il disturbo narcisistico di personalità non comporta necessariamente caratteristiche di impulsività, aggressività e disonestà. Inoltre, gli individui con disturbo antisociale di personalità possono non essere così bisognosi di ammirazione e invidiosi degli altri, e gli individui con disturbo narcisistico di personalità di solito non hanno una storia di disturbo della condotta nell'infanzia o comportamento criminale nell'età adulta. Sia nel disturbo narcisistico di personalità sia in quello ossessivo-compulsivo di personalità, l'individuo può manifestare un impegno perfezionistico e credere che gli altri non siano capaci di fare altrettanto bene. In contrasto con la concomitante autocritica degli individui con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, quelli con disturbo narcisistico di personalità sono più inclini a credere di avere raggiunto la perfezione. La sospettosità e il ritiro sociale di solito distinguono gli individui con disturbo schizotipico o paranoide di personalità da quelli con disturbo narcisistico di personalità. Quando queste qualità sono presenti in individui con disturbo narcisistico di personalità, derivano principalmente dal timore che vengano rilevati imperfezioni o difetti.

Molti individui di grande successo manifestano tratti di personalità che potrebbero essere considerati narcisistici. Soltanto quando questi tratti sono inflessibili, disadattivi e persistenti, e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo, denotano il disturbo narcisistico di personalità.

Maniacalità o ipomaniacalità. La grandiosità può emergere come parte di episodi maniacali o ipomaniacali, ma l'associazione con l'alterazione dell'umore o la compromissione funzionale aiutano a distinguere questi episodi dal disturbo narcisistico di personalità.

Disturbi da uso di sostanze. Il disturbo narcisistico di personalità deve anche essere distinto dai sintomi che possono svilupparsi in associazione all'uso abituale di sostanze.

Disturbi di personalità del gruppo C

Disturbo evitante di personalità 301.82 (F60.6)

Criteri diagnostici

Un pattern pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

1. Evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale per timore di essere criticato/a, disapprovato/a o rifiutato/a.
2. È riluttante a entrare in relazione con persone, a meno che non sia certo/a di piacere.
3. Mostra limitazioni nelle relazioni intime per timore di essere umiliato/a o ridicolizzato/a.
4. Si preoccupa di essere criticato/a o rifiutato/a in situazioni sociali.
5. È inibito/a in situazioni interpersonali nuove per sentimenti di inadeguatezza.
6. Si vede come socialmente inetto/a, personalmente non attraente o inferiore agli altri.
7. È insolitamente riluttante ad assumere rischi personali o a impegnarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo evitante di personalità è un pattern pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti.

Gli individui con disturbo evitante di personalità evitano le attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale per timore di essere criticati, disapprovati o rifiutati (Criterio 1). Possono essere rifiutate offerte di promozione sul lavoro poiché le nuove responsabilità potrebbero determinare la critica dei colleghi. Questi individui evitano di farsi nuovi amici, a meno che non siano certi di piacere e di essere accettati senza critiche (Criterio 2). Finché non superano prove rigorose che dimostrano il contrario, le altre persone sono ritenute critiche e disapprovanti. Gli indivi-

dui con questo disturbo non si uniscono ad attività di gruppo, a meno che non vi siano offerte ripetute e generose di supporto e di accudimento. L'intimità interpersonale è spesso difficoltosa per questi individui, sebbene siano capaci di stabilire relazioni intime quando viene assicurata un'accettazione incondizionata. Possono agire con inibizione, avere difficoltà a parlare di sé e celare sentimenti intimi per timore di esporsi, di essere ridicolizzati o umiliati (Criterio 3).

Poiché gli individui con questo disturbo si preoccupano di essere criticati o rifiutati in situazioni sociali, possono essere particolarmente sensibili nell'avvertire tali reazioni (Criterio 4). Se qualcuno li disapprova o li critica anche leggermente, possono sentirsi estremamente feriti. Tendono a essere timidi, quieti, inibiti e "invisibili", per timore che qualsiasi attenzione sia umiliante o rifiutante. Si aspettano che, indipendentemente da quello che dicono, gli altri lo ritengano "sbagliato", e quindi possono non dire assolutamente niente. Reagiscono vistosamente alle velate allusioni che suggeriscono scherno o derisione. Nonostante il loro desiderio di partecipare attivamente alla vita sociale, temono di mettere il loro benessere nelle mani degli altri. Gli individui con disturbo evitante di personalità sono inibiti nelle situazioni interpersonali poiché si sentono inadeguati e hanno una bassa autostima (Criterio 5). In situazioni che comprendono interazioni con estranei diventano particolarmente manifesti i dubbi riguardanti la competenza sociale e l'attrattiva personale. Questi individui credono di essere socialmente inetti, personalmente non attraenti, o inferiori agli altri (Criterio 6). Sono insolitamente riluttanti ad assumere rischi personali o a impegnarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante (Criterio 7). Sono inclini a esagerare i pericoli potenziali di situazioni ordinarie, e dalla loro necessità di certezza e sicurezza può derivare uno stile di vita coartato. Alcuni individui con questo disturbo possono disdire un colloquio di lavoro per timore di sentirsi imbarazzati per non essere vestiti adeguatamente. Sintomi somatici marginali o altri problemi possono diventare la ragione per cui evitano nuove attività.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo evitante di personalità spesso valutano attentamente i movimenti e le espressioni di coloro con cui entrano in contatto. Il loro contegno timoroso e teso può suscitare scherno e derisione da parte degli altri, che a loro volta confermano i loro dubbi. Questi individui sono molto ansiosi per la possibilità di reagire alle critiche arrossendo o piangendo. Vengono descritti dagli altri come "riservati", "timidi", "solitari" e "isolati". I problemi principali associati a questo disturbo si manifestano nel funzionamento in ambito sociale e lavorativo. La bassa autostima e l'ipersensibilità al rifiuto si associano a una riduzione dei contatti interpersonali. Questi individui possono divenire relativamente isolati e di solito non hanno un'ampia rete di supporti sociali che possa aiutarli a superare le crisi. Desiderano affetto e accettazione, e possono fantasticare su relazioni idealizzate con altri. I comportamenti evitanti possono anche influenzare negativamente il funzionamento in ambito lavorativo, poiché questi individui tentano di evitare quei tipi di situazioni sociali che possono essere importanti per soddisfare le esigenze basilari del lavoro o per una promozione.

Gli altri disturbi che vengono comunemente diagnosticati in concomitanza con il disturbo evitante di personalità includono i disturbi depressivo, bipolare e d'ansia, soprattutto il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale). Il disturbo evitante di personalità viene spesso diagnosticato insieme al disturbo dipendente di personalità, poiché gli individui con disturbo evitante di personalità si attaccano molto e diventano dipendenti da quelle poche persone delle quali sono amici. Il disturbo evitante di personalità tende anche a essere diagnosticato insieme al disturbo borderline di personalità e ai disturbi di personalità del gruppo A (cioè disturbi paranoide, schizoide o schizotipico di personalità).

Prevalenza

I dati del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions del 2001-2002 suggeriscono per il disturbo evitante di personalità una prevalenza di circa il 2,4%.

Sviluppo e decorso

Il comportamento evitante spesso inizia nella prima infanzia o nell'infanzia con timidezza, isolamento, timore degli estranei e delle situazioni nuove. Sebbene la timidezza nell'infanzia sia un comune precursore del disturbo evitante di personalità, nella maggior parte degli individui tende a svanire gradualmente con la crescita. Al contrario, gli individui che sviluppano il disturbo evitante di personalità possono diventare progressivamente più timidi ed evitanti durante l'adolescenza e la prima età adulta, quando le relazioni sociali con persone nuove diventano particolarmente importanti. Vi sono alcune evidenze empiriche che negli adulti il disturbo evitante di personalità tende a diventare meno evidente o ad andare incontro a remissione con l'età. Questa diagnosi dovrebbe essere usata con grande cautela nei bambini e negli adolescenti, per i quali la timidezza e il comportamento evitante possono essere appropriati rispetto allo sviluppo.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il grado di diffidenza e di evitamento considerato appropriato dai diversi gruppi culturali ed etnici può variare. Inoltre, il comportamento evitante può essere il risultato di problemi di acculturazione che seguono l'immigrazione.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il disturbo evitante di personalità sembra essere ugualmente frequente nei maschi e nelle femmine.

Diagnosi differenziale

Disturbi d'ansia. Sembra esservi una notevole sovrapposizione tra il disturbo evitante di personalità e il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), tanto che possono essere concettualizzazioni alternative di condizioni uguali o simili. L'evitamento caratterizza anche sia il disturbo evitante di personalità sia l'agorafobia, e spesso i due disturbi coesistono.

Altri disturbi di personalità e tratti di personalità. Altri disturbi di personalità possono essere confusi con il disturbo evitante, poiché hanno alcune caratteristiche in comune. È, pertanto, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze delle loro caratteristiche specifiche. Tuttavia, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più disturbi di personalità oltre a quello evitante, possono tutti essere diagnosticati. Sia il disturbo evitante di personalità sia il disturbo dipendente di personalità sono caratterizzati da sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità alla critica e necessità di rassicurazione. Mentre il principale motivo di preoccupazione nel disturbo evitante di personalità è l'evitamento dell'umiliazione e

del rifiuto, nel disturbo dipendente di personalità il motivo è quello di essere accuditi. Tuttavia, il disturbo evitante e quello dipendente di personalità hanno particolare probabilità di coesistere. Come il disturbo evitante di personalità, il disturbo schizoide e quello schizotipico di personalità sono caratterizzati da isolamento sociale. Tuttavia, gli individui con disturbo evitante di personalità desiderano avere relazioni con altri e sentono profondamente la propria solitudine, mentre quelli con disturbo schizoide o schizotipico possono accontentarsi e anche preferire il proprio isolamento sociale. Il disturbo paranoide e quello evitante di personalità sono entrambi caratterizzati da riluttanza a fidarsi degli altri. Tuttavia, nel disturbo evitante di personalità questa riluttanza è dovuta più al timore di sentirsi in imbarazzo o di essere trovati inadeguati che alla paura degli intenti malevoli degli altri.

Molti individui manifestano tratti evitanti di personalità. Solo quando questi tratti sono inflessibili, disadattivi e persistenti, e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo, denotano il disturbo evitante di personalità.

Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica. Il disturbo evitante di personalità deve essere distinto da una modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica, nella quale i tratti che emergono sono attribuibili agli effetti di un'altra condizione medica sul sistema nervoso centrale.

Disturbi da uso di sostanze. Il disturbo evitante di personalità deve anche essere distinto dai sintomi che possono svilupparsi in associazione all'uso abituale di sostanze.

Disturbo dipendente di personalità 301.6 (F60.7)

Criteri diagnostici

Una necessità pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte degli altri.
2. Ha bisogno che altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita.
3. Ha difficoltà a esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione.
   Nota: Non includere realistici timori di punizioni.
4. Ha difficoltà a iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia).
5. Può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli.
6. Si sente a disagio o indifeso/a quando è solo/a a causa dell'esagerato timore di essere incapace di prendersi cura di sé.
7. Quando termina una relazione intima, cerca con urgenza un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto.
8. Si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato/a a prendersi cura di sé.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo dipendente di personalità è una necessità pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione. Questo pattern inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti. Il comportamento dipendente e sottomesso è finalizzato a suscitare protezione e nasce da una percezione di sé come incapace di funzionare adeguatamente senza l'aiuto di altri.

Gli individui con disturbo dipendente di personalità hanno grande difficoltà a prendere le decisioni quotidiane (per es., il colore della camicia da indossare per il lavoro o se portare un ombrello) senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte degli altri (Criterio 1). Questi individui tendono a essere passivi e a permettere ad altre persone (spesso a una sola persona) di prendere l'iniziativa e di assumersi la responsabilità per la maggior parte dei settori della loro vita (Criterio 2). Gli adulti con questo disturbo tipicamente dipendono da un genitore o dal coniuge per decidere dove devono vivere, che tipo di lavoro dovrebbero avere, di quali vicini devono essere amici. Gli adolescenti con questo disturbo possono permettere a un genitore (o a entrambi) di decidere cosa dovrebbero indossare, chi frequentare, come trascorrere il tempo libero, a quale scuola o corso universitario iscriversi. Questa necessità che gli altri si assumano le responsabilità va al di là delle richieste appropriate per l'età e la situazione (per es., le necessità specifiche dei bambini, delle persone anziane e dei disabili). Il disturbo dipendente di personalità può manifestarsi in un individuo con una grave condizione medica o disabilità, ma in tali casi la difficoltà nell'assumersi delle responsabilità deve andare al di là di quanto si associa generalmente a quella condizione o disabilità.

Poiché temono di perdere il supporto o l'approvazione, gli individui con disturbo dipendente di personalità spesso hanno difficoltà a esprimere il disaccordo verso altre persone, specialmente verso coloro da cui sono dipendenti (Criterio 3). Questi individui si sentono talmente incapaci di funzionare autonomamente che concorderanno su ciò che ritengono sbagliato, piuttosto che perdere l'aiuto di coloro dai quali cercano di farsi guidare. Non si arrabbiano adeguatamente con le persone dalle quali hanno bisogno di essere supportati e accuditi per timore di allontanarle. Se le preoccupazioni dell'individuo riguardo alle conseguenze dell'espressione del disaccordo sono realistiche (per es., timori realistici di castigo da parte di un coniuge violento), il comportamento non dovrebbe essere considerato come prova di un disturbo dipendente di personalità.

Gli individui con questo disturbo hanno difficoltà a iniziare progetti o fare cose in modo indipendente (Criterio 4). Essi mancano di sicurezza in se stessi e credono di avere necessità di aiuto per iniziare e portare avanti dei compiti. Aspetteranno gli altri per iniziare le cose, poiché credono che di regola gli altri facciano meglio. Questi individui sono convinti di essere incapaci di funzionare autonomamente e si presentano come inetti e bisognosi di assistenza costante. Possono, tuttavia, funzionare adeguatamente se hanno la sicurezza che qualcun altro sta supervisionando e li approva. Possono temere di diventare o di apparire più competenti, poiché possono credere che questo conduca all'abbandono. Poiché contano sugli altri per gestire i propri problemi, spesso non acquisiscono gli strumenti per vivere adeguatamente, perpetuando così la dipendenza.

Gli individui con disturbo dipendente di personalità possono giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli, se tale comportamento procurerà loro le cure di cui hanno bisogno (Cri-

terio 5). Sono pronti a sottomettersi a ciò che gli altri vogliono, anche se le richieste sono irragionevoli. La loro necessità di conservare un legame importante spesso conduce a relazioni sbilanciate o distorte. Possono fare sacrifici straordinari o tollerare l'abuso verbale, fisico o sessuale. (Si deve notare che questo comportamento dovrebbe essere considerato prova del disturbo dipendente di personalità solo quando può essere chiaramente stabilito che per l'individuo sono possibili alternative.) Gli individui con questo disturbo si sentono a disagio o indifesi quando sono soli a causa dell'esagerato timore di essere incapaci di prendersi cura di sé (Criterio 6). Seguiranno "passo passo" altre persone ritenute importanti proprio per evitare di stare da soli, anche se non sono interessati o coinvolti in ciò che sta accadendo.

Quando termina una relazione intima (per es., la rottura con un/a amante, la morte di un caregiver), gli individui con disturbo dipendente di personalità possono cercare con urgenza un'altra relazione che fornisca l'accudimento e il supporto di cui hanno bisogno (Criterio 7). La loro convinzione di essere incapaci di funzionare in assenza di una relazione intima li motiva ad attaccarsi rapidamente e indiscriminatamente a un'altra persona. Gli individui con questo disturbo sono spesso preoccupati dal timore di essere lasciati a prendersi cura di sé (Criterio 8). Si vedono così totalmente dipendenti dal consiglio e dall'aiuto di un'altra persona importante che temono che questa li abbandoni anche quando non vi sono motivi per giustificare tale paura. Le paure, per essere considerate prove di questo criterio, devono essere eccessive e non realistiche. Per esempio, un uomo anziano affetto da cancro, che si trasferisce nella casa del figlio per essere curato, esibisce un comportamento dipendente appropriato alla sua situazione.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui con disturbo dipendente di personalità sono spesso caratterizzati da pessimismo e dubbio su di sé, tendono a sminuire le proprie capacità e qualità, e possono riferirsi costantemente a se stessi come a "stupidi". Ritengono che la critica e la disapprovazione siano prova della propria mancanza di valore e perdono fiducia in se stessi. Possono cercare iperprotezione e autorità dagli altri. Il funzionamento in ambito lavorativo può risultare compromesso se viene richiesta iniziativa indipendente. Possono evitare posizioni di responsabilità e diventare ansiosi quando sono posti di fronte a decisioni. Le relazioni sociali tendono a essere limitate a quelle poche persone da cui l'individuo è dipendente. Possono presentare un rischio aumentato per i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia e i disturbi dell'adattamento. Il disturbo dipendente di personalità spesso è concomitante con altri disturbi di personalità, specialmente con i disturbi borderline, evitante e istrionico di personalità. Una malattia fisica cronica o il disturbo d'ansia di separazione nell'infanzia o nell'adolescenza possono predisporre l'individuo a questo disturbo.

Prevalenza

I dati del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions del 2001-2002 hanno avuto come risultato una prevalenza stimata del disturbo dipendente di personalità dello 0,49% e tale disturbo è stato stimato, sulla base di un sottocampione di probabilità tratto dalla Parte II della National Comorbidity Survey Replication, corrispondere allo 0,6%.

Sviluppo e decorso

Questa diagnosi dovrebbe essere utilizzata con grande cautela, se non affatto, in bambini e adolescenti, nei quali il comportamento dipendente può essere appropriato allo stadio dello sviluppo.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il grado in cui i comportamenti dipendenti sono considerati appropriati varia notevolmente tra le differenti età e i gruppi socioculturali. L'età e i fattori culturali devono essere considerati nella valutazione della soglia diagnostica di ogni criterio. Il comportamento dipendente deve essere considerato caratteristico del disturbo solo quando è chiaramente in eccesso rispetto alle norme culturali dell'individuo o riflette preoccupazioni non realistiche. L'enfasi caratteristica di certe società su passività, gentilezza e deferenza può far sì che vengano male interpretate come tratti del disturbo dipendente di personalità. Analogamente, alcune società possono incoraggiare e scoraggiare in modo differenziato il comportamento dipendente nei maschi e nelle femmine.

Aspetti diagnostici correlati al genere

In ambienti clinici, il disturbo dipendente di personalità è stato diagnosticato più frequentemente nelle femmine, sebbene alcuni studi riportino percentuali di prevalenza simili tra maschi e femmine.

Diagnosi differenziale

Altri disturbi mentali e condizioni mediche. Il disturbo dipendente di personalità deve essere distinto dalla dipendenza che insorge come conseguenza di altri disturbi mentali (per es., disturbi depressivi, disturbo di panico, agorafobia) e come risultato di altre condizioni mediche.

Altri disturbi di personalità e tratti di personalità. Altri disturbi di personalità possono essere confusi con il disturbo dipendente di personalità poiché hanno alcune caratteristiche in comune. È, pertanto, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze delle loro caratteristiche specifiche. Tuttavia, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più disturbi di personalità oltre a quello dipendente, possono tutti essere diagnosticati. Sebbene molti disturbi di personalità siano caratterizzati da manifestazioni di dipendenza, il disturbo dipendente di personalità può essere distinto per il comportamento sottomesso, reattivo e dipendente in modo predominante. Il disturbo dipendente di personalità e il disturbo borderline di personalità sono caratterizzati entrambi dal timore di abbandono; tuttavia, l'individuo con disturbo borderline di personalità reagisce all'abbandono con sentimenti di vuoto emotivo, rabbia e pretese, mentre l'individuo con disturbo dipendente di personalità reagisce aumentando la pacificazione e la sottomissione e cercando con urgenza una relazione sostitutiva che fornisca accudimento e supporto. Il disturbo borderline di personalità può essere ulteriormente distinto dal disturbo dipendente di personalità per un particolare pattern di relazioni instabili e intense. Gli individui con disturbo istrionico di personalità, come quelli con disturbo dipendente di personalità, hanno un forte bisogno di rassicurazione e approvazione e possono apparire infantili e dipendenti. Tuttavia, diversamente dal disturbo dipendente di personalità, che è caratterizzato da un comportamento modesto e docile, il disturbo istrionico di personalità è caratterizzato da una sgargiante socievolezza, con richieste attive di attenzione. Sia il disturbo dipenden-

te di personalità sia quello evitante sono caratterizzati da sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità alla critica e necessità di rassicurazione; tuttavia, gli individui con disturbo evitante di personalità hanno un timore talmente intenso di essere umiliati e rifiutati che si ritirano, a meno che non siano certi di essere accettati. Al contrario, gli individui con disturbo dipendente di personalità hanno un pattern di ricerca e di mantenimento dei legami con le persone importanti, piuttosto che evitare e ritirarsi dalle relazioni.

Molti individui manifestano tratti dipendenti di personalità. Solo quando questi tratti sono inflessibili, disadattivi e persistenti, e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo, denotano il disturbo dipendente di personalità.

Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica. Il disturbo dipendente di personalità deve essere distinto da una modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica, nella quale i tratti che emergono sono attribuibili agli effetti di un'altra condizione medica sul sistema nervoso centrale.

Disturbi da uso di sostanze. Il disturbo dipendente di personalità deve anche essere distinto dai sintomi che possono svilupparsi in associazione all'uso abituale di sostanze.

Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità 301.4 (F60.5)

Criteri diagnostici

Un pattern pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

1. È preoccupato/a per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione o i programmi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività.
2. Mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (per es., è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi standard oltremodo rigidi).
3. È eccessivamente dedito/a al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie (non giustificati da evidenti necessità economiche).
4. È eccessivamente coscienzioso/a, scrupoloso/a e intransigente in tema di moralità, etica o valori (in modo non giustificato dall'appartenenza culturale o religiosa).
5. È incapace di gettare via oggetti consumati o di nessun valore, anche quando non hanno alcun significato affettivo.
6. È riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano esattamente al suo modo di fare le cose.
7. Adotta una modalità di spesa improntata all'avarizia sia per sé che per gli altri; il denaro è visto come qualcosa da accumulare in caso di future catastrofi.
8. Manifesta rigidità e testardaggine.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è la preoccupazione per l'ordine, il perfezionismo e il controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza. Questo pattern inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti.

Gli individui con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità cercano di mantenere la sensazione di controllo attraverso un'attenzione minuziosa per le regole, i dettagli futili, le procedure, le liste, i programmi o la forma, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività (Criterio 1). Sono eccessivamente accurati e inclini alla ripetizione, prestando una straordinaria attenzione ai dettagli e controllando ripetutamente in cerca di eventuali errori. Dimenticano che le altre persone tendono a infastidirsi dei ritardi e degli inconvenienti che derivano da questo comportamento. Per esempio, quando tali individui smarriscono una lista delle cose da fare, perderanno un'eccessiva quantità di tempo per cercare la lista piuttosto che perdere pochi minuti a ricrearla a memoria e procedere a eseguire i compiti. Il tempo viene male organizzato, i compiti più importanti vengono lasciati all'ultimo minuto. Il perfezionismo e gli elevati standard di prestazioni che essi si impongono causano in questi individui disagio e compromissione del funzionamento significativi. Possono impegnarsi talmente nel definire ogni dettaglio di un progetto assolutamente perfetto che il progetto non viene mai ultimato (Criterio 2). Per esempio, il completamento di un rapporto scritto viene ritardato da numerose ristesure, dispendiose in termini di tempo, che risultano tutte "imperfette". Le scadenze possono non essere rispettate e gli aspetti della vita dell'individuo che non rappresentano l'attuale obiettivo della sua attività possono essere trascurati.

Gli individui con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità mostrano una dedizione eccessiva al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie (Criterio 3). Questo comportamento non è giustificato da una necessità economica. Essi spesso sentono di non avere tempo per dedicare una serata o un fine settimana a qualche uscita, o solo per rilassarsi. Possono continuare a posticipare un'attività piacevole, come una vacanza, in modo che non possa mai verificarsi. Quando occupano del tempo per le attività ricreative o per le vacanze, sono molto a disagio, a meno che non si siano portati dietro del lavoro in modo da non "perdere tempo". Vi può essere una grande concentrazione sui lavori domestici (per es., pulizie eccessive ripetute, tanto che "si può mangiare sul pavimento"). Se trascorrono del tempo con gli amici, è probabile che questo avvenga in qualche tipo di attività organizzata (per es., sport). I passatempi o le attività ricreative vengono affrontati come compiti seri che richiedono un'attenta organizzazione e un duro lavoro di controllo. L'enfasi viene posta sull'esecuzione perfetta. Questi individui trasformano il gioco in un compito strutturato (per es., correggere un bambino perché non dispone gli anelli sul paletto nel giusto ordine; dire a un bambino che fa i primi passi con il triciclo di percorrere una traiettoria diritta; trasformare una partita di calcio in una severa "lezione").

Gli individui con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità possono essere eccessivamente coscienziosi, scrupolosi e intransigenti in tema di moralità, etica o valori (Criterio 4). Possono forzare se stessi e gli altri a seguire rigidi principi morali e standard di prestazione molto rigorosi. Possono anche essere impietosamente autocritici nei confronti dei propri errori. Gli individui con questo disturbo sono rigidamente sottomessi all'autorità e alle regole e insistono su un'obbedienza quasi assoluta, senza che si possa fare alcuno strappo alle regole in circostanze estreme. Per esempio, l'individuo non presterà qualche spicciolo a un amico che ne ha bisogno per fare una telefonata, perché "non si deve mai ricevere in prestito o prestare", o perché potrebbe essere "negativo" per il carattere della persona. Queste qualità non devono risultare giustificate dall'appartenenza culturale o religiosa dell'individuo.

Gli individui con questo disturbo possono essere incapaci di gettare via oggetti consumati o di nessun valore, anche quando non hanno significato affettivo (Criterio 5). Spesso questi individui ammetteranno di essere delle "formichine". Possono conside-

rare uno spreco gettare via degli oggetti perché "non puoi mai sapere quando ne avrai bisogno" e saranno turbati se qualcuno tenta di sbarazzarsi delle cose che hanno accumulato. I loro coniugi o compagni di stanza possono lamentarsi della quantità di spazio occupato da oggetti vecchi, riviste, apparecchi rotti, e così via.

Gli individui con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sono riluttanti a delegare compiti o a lavorare con altri (Criterio 6). Insistono pervicacemente e irragionevolmente perché ogni cosa sia fatta a modo loro e perché le persone si conformino al loro modo di fare le cose. Spesso danno istruzioni molto dettagliate su come dovrebbero essere fatte le cose (per es., vi è un solo e unico modo di falciare il prato, lavare i piatti, costruire la casetta per il cane) e sono sorpresi e irritati se gli altri suggeriscono alternative creative. Altre volte possono rifiutare offerte di aiuto anche quando sono in ritardo sul programma, poiché pensano che nessun altro possa far bene una certa cosa.

Gli individui con questo disturbo possono essere avari e taccagni e mantenere un livello di vita al di sotto di quanto possono permettersi, per la convinzione che le spese debbano essere attentamente controllate per provvedere in caso di future catastrofi (Criterio 7). Gli individui con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sono caratterizzati da rigidità e testardaggine (Criterio 8). Sono talmente preoccupati di fare le cose nell'unico modo "corretto" che hanno problemi a seguire le idee di altri. Questi individui pianificano meticolosamente in dettaglio e sono restii a prendere in considerazione modifiche. Totalmente assorti nelle proprie prospettive, hanno difficoltà a riconoscere i punti di vista degli altri. Gli amici e i colleghi possono essere frustrati da questa costante rigidità. Anche quando gli individui con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità riconoscono che giungere a un compromesso può essere nel loro interesse, possono testardamente rifiutare di farlo, sostenendo che "è il principio quello che conta".

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Quando le regole e i programmi non forniscono una risposta corretta, il prendere decisioni può diventare un processo dispendioso in termini di tempo, spesso doloroso. Gli individui con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità possono avere una tale difficoltà a decidere quali compiti hanno la priorità o qual è il modo migliore per svolgere qualche compito particolare che possono non riuscire mai a iniziare qualcosa. Tendono a diventare turbati e arrabbiati nelle situazioni in cui non sono in grado di mantenere il controllo del proprio ambiente fisico o interpersonale, sebbene la rabbia non venga tipicamente espressa in modo diretto. Per esempio, un individuo può essere arrabbiato quando il servizio in un ristorante è carente, ma anziché lamentarsi presso la direzione, rumina su quanto lasciare come mancia. In altre occasioni, la rabbia può essere espressa con giusta indignazione per una questione apparentemente di minore importanza. Gli individui con questo disturbo possono essere particolarmente attenti alla loro condizione nelle relazioni che implicano dominanza-sottomissione e possono mostrare eccessiva deferenza per un'autorità che rispettano ma anche eccessiva resistenza nei confronti di un'autorità che non rispettano.

Gli individui con questo disturbo di solito esprimono l'affettività in modo molto controllato o ampolloso e possono essere assai a disagio in presenza di altri emotivamente espressivi. Le loro relazioni quotidiane hanno una qualità formale e seria, e possono essere tesi in situazioni in cui gli altri sorriderebbero e sarebbero contenti (per es., accogliere l'amante all'aeroporto). Si trattengono accuratamente finché non sono sicuri che qualunque cosa dicano sarà perfetta. Sono assorbiti dalla logica e dall'intelletto, e sono intolleranti nei confronti del comportamento affettivo degli altri. Spesso hanno difficoltà a esprimere sentimenti teneri, raramente fanno dei complimenti. Gli

individui con questo disturbo possono avere difficoltà e disagi in ambito lavorativo, particolarmente quando vengono messi di fronte a situazioni nuove che richiedono flessibilità e capacità di compromesso.

Gli individui con disturbi d'ansia, compresi il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) e le fobie specifiche, e il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), hanno una maggiore probabilità di avere un'alterazione di personalità che soddisfi i criteri per il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità. Tuttavia, sembra che la maggior parte degli individui con DOC non presenti un pattern di comportamento che soddisfa i criteri per questo disturbo di personalità. Molte delle caratteristiche del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità si sovrappongono alle caratteristiche della personalità di "tipo A" (per es., preoccupazione per il lavoro, competitività e frettolosità) e queste caratteristiche possono essere presenti nelle persone a rischio di infarto del miocardio. Può esservi un'associazione tra il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità e i disturbi depressivo e bipolare e i disturbi dell'alimentazione.

Prevalenza

Quello ossessivo-compulsivo è uno dei disturbi di personalità maggiormente diffuso nella popolazione generale, con una prevalenza stimata che va da 2,1 a 7,9%.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Nel valutare un individuo riguardo alla presenza del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, il clinico non dovrebbe includere quei comportamenti che riflettono le abitudini, i costumi o gli stili interpersonali stabiliti dalla cultura del gruppo di riferimento dell'individuo. Certe culture pongono un'enfasi particolare sul lavoro e la produttività; i comportamenti che ne derivano nei membri di tali società non necessitano di essere considerati sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Aspetti diagnostici correlati al genere

In studi sistematici, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sembra essere diagnosticato con una frequenza doppia tra i maschi.

Diagnosi differenziale

Disturbo ossessivo-compulsivo. Nonostante la somiglianza dei nomi, il DOC è di solito facilmente distinguibile dal disturbo ossessivo-compulsivo di personalità per la presenza di reali ossessioni e compulsioni nel DOC. Quando sono soddisfatti i criteri per entrambi i disturbi, dovrebbero essere registrate entrambe le diagnosi.

Disturbo da accumulo. Una diagnosi di disturbo da accumulo dovrebbe essere presa in considerazione particolarmente quando l'accumulo è estremo (per es., cataste accumulate di oggetti inutili creano un rischio di incendio e rendono difficoltoso per gli altri camminare per la casa). Quando sono soddisfatti i criteri per il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità e disturbo da accumulo, dovrebbero essere registrate entrambe le diagnosi.

Altri disturbi di personalità e tratti di personalità. Altri disturbi di personalità possono essere confusi con il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità poiché hanno alcune caratteristiche in comune. È, pertanto, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze delle loro caratteristiche specifiche. Tuttavia, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più disturbi

di personalità oltre a quello ossessivo-compulsivo, possono tutti essere diagnosticati. Anche gli individui con disturbo narcisistico di personalità possono manifestare dedizione al perfezionismo e credere che gli altri non possano fare le cose altrettanto bene, ma questi individui sono più inclini a credere di avere raggiunto la perfezione, mentre quelli con il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sono solitamente autocritici. Gli individui con disturbo narcisistico o antisociale di personalità mancano di generosità ma sono prodighi con se stessi, mentre quelli con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità adottano una modalità di spesa improntata all'avarizia sia per sé sia per gli altri. Sia il disturbo schizoide di personalità sia quello ossessivo-compulsivo di personalità possono essere caratterizzati da apparente formalismo e distacco sociale. Nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, questo nasce dal disagio nei confronti delle emozioni e dall'eccessiva dedizione al lavoro, mentre nel disturbo schizoide di personalità vi è una fondamentale incapacità di intimità.

I tratti di personalità ossessivo-compulsivi, se moderati, possono essere particolarmente adattivi, soprattutto in situazioni che comportano prestazioni elevate. Solo quando questi tratti sono inflessibili, disadattivi e persistenti, e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo, denotano il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica. Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità deve essere distinto da una modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica, nella quale i tratti che emergono sono attribuibili agli effetti di un'altra condizione medica sul sistema nervoso centrale.

Disturbi da uso di sostanze. Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità deve anche essere distinto dai sintomi che possono svilupparsi in associazione all'uso abituale di sostanze.

Altri disturbi di personalità

Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica 310.1 (F07.0)

Criteri diagnostici

A. Un'alterazione persistente della personalità, che rappresenta una modificazione del precedente pattern di personalità caratteristico dell'individuo.

Nota: Nei bambini, il disturbo comporta una marcata deviazione dal normale sviluppo o una modificazione significativa dei pattern di comportamento usuali del bambino, che dura almeno per 1 anno.

B. Vi è evidenza fondata sull'anamnesi, sull'esame fisico o sugli esami di laboratorio che l'alterazione è la conseguenza patofisiologica diretta di un'altra condizione medica.

C. L'alterazione non è meglio giustificata da un altro disturbo mentale (incluso un altro disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica).

D. L'alterazione non si verifica esclusivamente durante il decorso di un delirium.

E. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare quale:

Tipo labile: Se la caratteristica predominante è la labilità affettiva.

Tipo disinibito: Se la caratteristica predominante è uno scarso controllo degli impulsi, come dimostrato da disinibizione sessuale ecc.

Tipo aggressivo: Se la caratteristica predominante è il comportamento aggressivo.

Tipo apatico: Se la caratteristica predominante è marcata apatia e indifferenza.

Tipo paranoide: Se la caratteristica predominante è sospettosità o ideazione paranoide.

Tipo diverso: Se la presentazione non è caratterizzata da alcuno dei sottotipi precedenti.

Tipo combinato: Se nel quadro clinico predomina più di una caratteristica.

Tipo non specificato

Nota di codifica: Includere il nome dell'altra condizione medica (per es., 310.1 [F07.0] cambiamento di personalità dovuto a epilessia del lobo temporale). L'altra condizione medica dovrebbe essere codificata ed elencata separatamente, immediatamente prima del disturbo di personalità dovuto a un'altra condizione medica (per es., 345.40 [G40.209] epilessia del lobo temporale; 310.1 [F07.0] cambiamento di personalità dovuto a epilessia del lobo temporale).

Sottotipi

La particolare modificazione della personalità può essere specificata indicando i sintomi predominanti nel quadro clinico.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale di una modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica è un'alterazione persistente della personalità che si ritiene dovuta agli effetti fisiopatologici diretti di una condizione medica. L'alterazione della personalità rappresenta un cambiamento rispetto al precedente pattern di personalità caratteristico dell'individuo. Nei bambini, questa condizione può essere manifestata da una marcata deviazione dal normale sviluppo o da una modificazione significativa di un pattern di personalità stabile (Criterio A). Vi deve essere l'evidenza fondata sull'anamnesi, sull'esame fisico o sugli esami di laboratorio che la modificazione della personalità è la conseguenza fisiologica diretta di un'altra condizione medica (Criterio B). La diagnosi non viene posta se l'alterazione risulta meglio giustificata da un altro disturbo mentale (Criterio C). La diagnosi non viene posta se l'alterazione si verifica esclusivamente durante il decorso di un delirium (Criterio D). Il disturbo deve anche provocare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio E).

Le comuni manifestazioni della modificazione della personalità comprendono instabilità affettiva, scarso controllo degli impulsi, scoppi di aggressività o rabbia grossolanamente sproporzionati a qualunque fattore psicosociale stressante che abbia un effetto precipitante, marcata apatia, sospettosità o ideazione paranoide. La fenomenologia della modificazione è indicata usando i sottotipi elencati nel set dei criteri. Un individuo con tale disturbo è spesso descritto dagli altri come "non è più lui (lei)". Benché condivida il termine *personalità* con gli altri disturbi di personalità, questa diagnosi viene distinta in virtù della sua specifica eziologia, della differente fenomenologia e delle modalità più variabili di insorgenza e decorso.

Il quadro clinico in un dato individuo può dipendere dalla natura e dalla localizzazione del processo patologico. Per esempio, una lesione dei lobi frontali può causare sintomi come incapacità di giudizio o di previsione, fatuità, disinibizione ed euforia. Lesioni dell'emisfero destro si sono spesso dimostrate in grado di produrre modificazioni della personalità in associazione a perdita unilaterale dell'orientamento spaziale, anosognosia (cioè incapacità dell'individuo di riconoscere un deficit somatico o funzionale, come l'esistenza di un'emiparesi), instabilità motoria e altri deficit neurologici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Svariate condizioni neurologiche e altre condizioni mediche possono provocare modificazioni della personalità, fra le quali neoplasie del sistema nervoso centrale, trauma cranico, malattia cerebrovascolare, malattia di Huntington, epilessia, affezioni infettive con coinvolgimento del sistema nervoso centrale (per es., HIV), affezioni endocrine (per es., ipotiroidismo, ipo- o iperadrenocorticismo) e affezioni autoimmunitarie con coinvolgimento del sistema nervoso centrale (per es., lupus erythematosus sistemico). I reperti dell'esame fisico e di laboratorio, e pattern di prevalenza e di insorgenza associati riflettono quelli della condizione neurologica o dell'altra condizione medica implicata.

Diagnosi differenziale

Condizioni mediche croniche associate a dolore e disabilità. Condizioni mediche croniche associate a dolore e disabilità possono risultare associate anche a modificazioni della personalità. La diagnosi di modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica viene posta solo se può essere stabilito un meccanismo fisiopatologico diretto. Questa diagnosi non viene posta se la modificazione è dovuta a un adattamento comportamentale o psicologico oppure alla risposta a un'altra condizione medica (per es., comportamenti dipendenti che derivano dal bisogno di assistenza da parte di altri in seguito a un grave trauma cranico, a una malattia cardiovascolare o a demenza).

Delirium o disturbo neurocognitivo maggiore. La modificazione della personalità è una caratteristica frequentemente associata del delirium o di un disturbo neurocognitivo maggiore. Se la modificazione si verifica esclusivamente durante il decorso di un delirium, non viene posta una diagnosi separata di modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica. Tuttavia, la diagnosi di modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica può essere posta oltre a quella di disturbo neurocognitivo maggiore se la modificazione della personalità è una parte preminente del quadro clinico.

Altro disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica. La diagnosi di modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica non viene posta se il disturbo risulta meglio giustificato da un altro disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica (per es., disturbo depressivo dovuto a tumore cerebrale).

Disturbi da uso di sostanze. Modificazioni della personalità possono anche verificarsi nel contesto di disturbi da uso di sostanze, specialmente se il disturbo è di lunga durata. Il clinico dovrebbe compiere un'attenta indagine relativa alla natura e alla portata dell'uso della sostanza. Se il clinico desidera indicare una relazione eziologica fra la modificazione della personalità e l'uso di sostanze, può essere usata la categoria senza specificazione di quella determinata sostanza (per es., disturbo correlato agli stimolanti senza specificazione).

Altri disturbi mentali. Modificazioni consistenti della personalità possono anche rappresentare una caratteristica associata a un altro disturbo mentale (per es., schizofrenia; disturbo delirante; disturbi depressivo e bipolare; disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione e senza specificazione; disturbo di panico). Tuttavia, in questi disturbi nessun fattore fisiologico specifico è considerato eziologicamente connesso alla modificazione della personalità.

Altri disturbi di personalità. La modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica può essere distinta da un disturbo di personalità mediante il requisito di una modificazione clinicamente significativa del funzionamento di base della personalità e la presenza di una condizione medica a eziologia specifica.

Disturbo di personalità con altra specificazione 301.89 (F60.89)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo di personalità, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi di personalità. La categoria disturbo di personalità con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo di personalità. Questo avviene registrando "disturbo di personalità con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "caratteristiche di personalità miste").

Disturbo di personalità senza specificazione 301.9 (F60.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo di personalità, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi di personalità. La categoria disturbo di personalità senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo di personalità non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbi parafilici

I disturbi parafilici inclusi in questo manuale sono il disturbo voyeuristico (spiare altri nella loro intimità), il disturbo esibizionistico (esibire i genitali), il disturbo frotteuristico (toccare o strofinarsi contro un individuo non consenziente), il disturbo da masochismo sessuale (farsi infliggere umiliazioni, bondage, o sofferenze), il disturbo da sadismo sessuale (infliggere umiliazioni, bondage, o sofferenze), il disturbo pedofilico (interesse sessuale per i bambini), il disturbo feticistico (usare oggetti inanimati o focalizzarsi in modo altamente selettivo su parti del corpo non genitali) e il disturbo da travestitismo (eccitarsi sessualmente attraverso il cross-dressing). È stato scelto di elencare nel DSM proprio questi disturbi, assegnando specifici criteri, per due principali motivi: sono relativamente comuni, rispetto ad altri disturbi parafilici, e alcuni di essi, per venire soddisfatti, comportano azioni che, a causa della loro nocività o potenziali pericoli per altre persone, vengono definite come reati. Gli otto disturbi elencati non esauriscono la lista dei possibili disturbi parafilici. Sono state individuate e identificate molte decine di parafilie diverse tra loro e quasi nessuna di queste potrebbe, in virtù delle sue conseguenze negative per l'individuo o per altri, raggiungere il livello di disturbo parafilico. Le diagnosi di disturbi parafilici con altra specificazione e senza specificazione sono dunque indispensabili e saranno necessarie in molti casi.

In questo capitolo, l'ordine di presentazione dei disturbi parafilici elencati corrisponde, in linea generale, ai comuni schemi di classificazione per queste condizioni. Il primo gruppo di disturbi si basa sulla *predilezione per attività inconsuete*. Questi disturbi sono suddivisi in *disturbi del corteggiamento*, che assomigliano, in modo distorto, a componenti del comportamento umano di corteggiamento (disturbo voyeuristico, disturbo esibizionistico e disturbo frotteuristico), e *disturbi algolagnici*, che implicano dolore e sofferenza (disturbo da masochismo sessuale e disturbo da sadismo sessuale). Il secondo gruppo di disturbi riguarda la *predilezione per l'atipicità dell'oggetto sessuale*. Comprende un disturbo in cui l'attenzione è rivolta verso altri esseri umani (disturbo pedofilico) e due disturbi in cui l'attenzione è rivolta altrove (disturbo feticistico e disturbo da travestitismo).

Il termine *parafilia* indica qualsiasi intenso e persistente interesse sessuale diverso dall'interesse sessuale per la stimolazione genitale o i preliminari sessuali con partner umani fenotipicamente normali, fisicamente maturi e consenzienti. In alcune circostanze, i criteri "intenso e persistente" possono essere di difficile applicazione, come nella valutazione di persone molto anziane o malate e che non possono avere alcun tipo di

interesse sessuale "intenso". In tali circostanze, il termine *parafilia* può essere definito come qualsiasi interesse sessuale maggiore o uguale agli interessi sessuali normofilici. Ci sono anche specifiche parafilie che generalmente sono meglio descritte come interessi sessuali *preferenziali* piuttosto che come interessi sessuali intensi.

Alcune parafilie riguardano principalmente le attività sessuali dell'individuo, e altre riguardano principalmente gli oggetti verso cui è rivolta l'attività sessuale dell'individuo. Tra le prime vi sarebbero, per esempio, l'interesse intenso e persistente verso lo sculacciare, fustigare, tagliare, legare o strangolare un'altra persona, o un interesse per tali attività che eguaglia o supera l'interesse dell'individuo per il rapporto sessuale, o un'equivalente interazione con un'altra persona. Tra le altre vi sarebbero, per esempio, l'intenso o preferenziale interesse sessuale per bambini, cadaveri, individui mutilati (come categoria di persone), così come quello per animali, come cavalli o cani, o per cose inanimate, come scarpe o oggetti di gomma.

Un *disturbo parafilico* è una parafilia che, nel momento presente, causa disagio o compromissione nell'individuo o una parafilia la cui soddisfazione ha arrecato, o rischiato di arrecare, danno a se stessi o agli altri. Una parafilia è una condizione necessaria ma non sufficiente per avere un disturbo parafilico; una parafilia, di per sé, non giustifica o richiede necessariamente l'intervento clinico.

Nei set di criteri diagnostici per ciascuno dei disturbi parafilici elencati, il Criterio A specifica la natura qualitativa della parafilia (per es., rivolgere l'attenzione sessuale verso i bambini o esibire i genitali a estranei) e il Criterio B precisa le conseguenze negative della parafilia (cioè disagio, compromissione o danno ad altri). In linea con la distinzione tra parafilie e disturbi parafilici, il termine *diagnosi* dovrebbe essere riservato a individui che soddisfano entrambi i Criteri A e B (cioè gli individui che hanno un disturbo parafilico). Se un individuo soddisfa il Criterio A ma non il Criterio B per una particolare parafilia – una circostanza che potrebbe insorgere quando viene scoperta una parafilia innocua nel corso di indagini cliniche riguardanti un'altra condizione – allora si potrebbe dire che l'individuo ha quella parafilia, ma non un disturbo parafilico.

Non è raro che un individuo manifesti due o più parafilie. In alcuni casi, gli interessi parafilici sono strettamente correlati e la connessione tra le parafilie è facilmente comprensibile (per es., il feticismo per i piedi e quello per le scarpe). In altri casi, la connessione tra le parafilie non è evidente, e la presenza di parafilie multiple può essere una coincidenza oppure essere collegata a una generica predisposizione alle anomalie dello sviluppo psicosessuale. In ogni caso, è possibile diagnosticare disturbi parafilici in comorbilità se più di una parafilia causa sofferenza all'individuo o danno ad altri.

A causa della duplice natura della diagnosi dei disturbi parafilici, l'assessment della gravità e gli strumenti valutati dal clinico o autovalutati potrebbero dar conto sia dell'entità della parafilia in sé sia della gravità delle sue conseguenze. Anche se il disagio e la compromissione fissati dal Criterio B sono specificamente il risultato immediato o più recente della parafilia e non principalmente di qualche altro fattore, i fenomeni di depressione reattiva, ansia, senso di colpa, scarso rendimento sul lavoro, relazioni sociali compromesse, e così via, non sono così specifici e possono essere quantificati con strumenti polivalenti sul funzionamento psicosociale e sulla qualità della vita.

Il quadro di riferimento più largamente applicabile per valutare l'intensità di una parafilia in quanto tale è quello in cui le fantasie, i desideri o i comportamenti sessuali parafilici degli individui in esame sono valutati in relazione ai loro interessi e comportamenti sessuali normofilici. In un colloquio clinico o per mezzo di questionari autosomministrati, si può chiedere agli individui in esame se le loro fantasie, i loro desideri o i loro comportamenti sessuali parafilici sono più deboli, più forti o pressoché uguali ai loro interessi e comportamenti sessuali normofilici. Questo stesso tipo di confronto può essere, e di solito lo è, impiegato in strumenti psicofisiologici per rilevare l'interesse sessuale, come la pletismografia peniena nei maschi o la misura dell'attenzione visiva in maschi e femmine.

Disturbo voyeuristico 302.82 (F65.3)

Criteri diagnostici

A. Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dall'osservare, a sua insaputa, una persona nuda o che si sta spogliando o che è impegnata in attività sessuali.

B. L'individuo ha messo in atto questi desideri sessuali a discapito di un'altra persona non consenziente oppure i desideri o le fantasie sessuali causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. L'individuo che prova eccitazione per tali desideri e/o li mette in atto ha almeno 18 anni di età.

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore è applicabile principalmente a individui che vivono in ambienti istituzionali o altri ambienti dove le possibilità di compiere atti voyeuristici sono limitate.

In remissione completa: L'individuo non ha messo in atto tali desideri con una persona non consenziente e non si è verificato alcun disagio o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, per almeno 5 anni e all'interno di un ambiente non controllato.

Specificatori

Lo specificatore "in remissione completa" non si riferisce alla presenza continuativa o all'assenza del voyeurismo in quanto tale, che può essere ancora presente dopo la riduzione dei comportamenti e del disagio.

Caratteristiche diagnostiche

I criteri diagnostici per il disturbo voyeuristico possono essere applicati sia agli individui che, più o meno spontaneamente, ammettono questo interesse parafilico sia a quelli che negano categoricamente qualsiasi eccitazione sessuale derivante dall'osservare, a sua insaputa, una persona nuda o che si sta spogliando o che è impegnata in attività sessuali, nonostante vi siano prove sostanziali e oggettive del contrario. Se gli individui che ammettono tale interesse riferiscono anche disagio o problemi psicosociali causati dalle loro preferenze sessuali voyeuristiche, potrebbe essere loro diagnosticato un disturbo voyeuristico. Se, invece, dichiarano di non provare disagio, come dimostrato dalla mancanza di ansia, ossessioni, senso di colpa o vergogna per questi impulsi parafilici, non presentano compromissione del funzionamento in altre importanti aree a causa di questo interesse sessuale, e la loro anamnesi psichiatrico-giudiziaria indica che

non agiscono spinti da questo, si può riscontrare che hanno interessi sessuali di tipo voyeuristico, ma *non* dovrebbe essere diagnosticato un disturbo voyeuristico.

Tra gli individui che non rivelano il proprio interesse voyeuristico sono compresi, per esempio, gli individui noti per aver ripetutamente e in occasioni diverse spiato persone nude o impegnate in attività sessuali, ma che negano qualsiasi desiderio o fantasia riguardante tale comportamento sessuale, e coloro che possono riferire che quegli episodi noti in cui hanno guardato a loro insaputa persone nude o impegnate in attività sessuali erano tutti di natura accidentale e non sessuale. Altri possono ammettere episodi del passato in cui hanno osservato, a loro insaputa, persone nude o sessualmente attive ma contestare qualsiasi significativo e persistente interesse sessuale in tale comportamento. Dal momento che questi individui negano di avere fantasie o desideri che li spingono a guardare altri mentre sono nudi o coinvolti in attività sessuali, ne consegue che potrebbero anche negare di sentirsi soggettivamente a disagio o socialmente compromessi da tali impulsi. Nonostante la loro posizione di negazione, a tali individui può essere diagnosticato un disturbo voyeuristico. Un ricorrente comportamento voyeuristico rappresenta una base sufficiente per la diagnosi di voyeurismo (soddisfacendo il Criterio A) e, allo stesso tempo, dimostra che questo comportamento elicitato dalla parafilia sta causando danno ad altri (soddisfacendo il Criterio B).

Spiare in maniera "ricorrente" a loro insaputa persone nude o impegnate in attività sessuali (ossia più vittime, ognuna in un'occasione diversa) può voler dire, come regola generale, tre o più vittime in occasioni diverse. Questo criterio può essere soddisfatto anche da un minor numero di vittime se ci sono state più occasioni in cui si è guardata la stessa vittima o se vi è una prova convalidante di interesse distinto o preferenziale per guardare di nascosto persone mentre sono nude o sessualmente attive. Si noti che la molteplicità delle vittime, come suggerito in precedenza, è una condizione sufficiente ma non necessaria per la diagnosi; i criteri possono essere soddisfatti anche se l'individuo riconosce un intenso interesse sessuale voyeuristico.

L'arco temporale del Criterio A, indicando che i segni o sintomi di voyeurismo devono persistere almeno 6 mesi, dovrebbe essere inteso come un parametro generale, non un limite rigido, per assicurarsi che l'interesse sessuale per guardare di nascosto altri che sono nudi o sessualmente attivi non sia semplicemente transitorio.

L'adolescenza e la pubertà in generale aumentano la curiosità e l'attività sessuale. Per mitigare il rischio di considerare patologici interessi e comportamenti sessuali nella norma durante l'adolescenza puberale, l'età minima per la diagnosi di disturbo voyeuristico è 18 anni (Criterio C).

Prevalenza

Gli atti voyeuristici sono i più comuni tra i comportamenti sessuali potenzialmente criminali. La prevalenza nella popolazione del disturbo voyeuristico è sconosciuta. Tuttavia, sulla base degli atti sessuali voyeuristici in campioni non clinici, la più alta prevalenza possibile per il disturbo voyeuristico nell'arco di vita è all'incirca del 12% nei maschi e del 4% nelle femmine.

Sviluppo e decorso

Spesso, durante l'adolescenza, i maschi adulti con disturbo voyeuristico diventano per la prima volta consapevoli del loro interesse sessuale nel guardare di nascosto le persone a loro insaputa. Tuttavia, l'età minima per una diagnosi di disturbo voyeuristico

è 18 anni, perché vi è una sostanziale difficoltà nel differenziare il disturbo dalla curiosità e dall'attività sessuale adeguate all'età e legate alla pubertà. La persistenza del voyeurismo nel corso del tempo non è chiara. Il disturbo voyeuristico, tuttavia, per definizione, richiede uno o più fattori ulteriori che possono, nel tempo, cambiare con o senza trattamento: disagio soggettivo (per es., senso di colpa, vergogna, intensa frustrazione sessuale, solitudine), morbilità psichiatrica, ipersessualità e impulsività sessuale; compromissione psicosociale; e/o la propensione a mettere in atto gli impulsi sessuali spiando persone nude o impegnate in attività sessuali a loro insaputa. Pertanto, il decorso del disturbo voyeuristico può variare con l'età.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Il voyeurismo è un presupposto necessario per il disturbo voyeuristico, di conseguenza, i fattori di rischio per il voyeurismo dovrebbero aumentare anche il tasso di disturbo voyeuristico.

Fattori ambientali. L'abuso sessuale infantile, l'abuso di sostanze e l'ossessione per il sesso/ipersessualità sono stati suggeriti come fattori di rischio, sebbene la relazione causale con il voyeurismo sia incerta e la specificità poco chiara.

Aspetti diagnostici correlati al genere

In ambito clinico il disturbo voyeuristico è molto raro tra le femmine, mentre il rapporto maschio-femmina per singoli atti voyeuristici che provocano eccitazione sessuale potrebbe essere di 3:1.

Diagnosi differenziale

Disturbo della condotta e disturbo antisociale di personalità. Il disturbo della condotta negli adolescenti e il disturbo antisociale di personalità sarebbero caratterizzati da comportamenti anticonformistici e antisociali aggiuntivi, mentre dovrebbe mancare l'interesse sessuale specifico per guardare altri, a loro insaputa, che sono nudi o impegnati in attività sessuali.

Disturbi da uso di sostanze. I disturbi da uso di sostanze potrebbero comportare singoli episodi voyeuristici da parte di individui in stato di ebbrezza, ma non dovrebbero comportare il tipico interesse sessuale per guardare di nascosto, a loro insaputa, persone che sono nude o impegnate in attività sessuali. Pertanto, ricorrenti fantasie sessuali, desideri o comportamenti voyeuristici che si verificano anche quando l'individuo non è intossicato suggeriscono che potrebbe essere presente un disturbo voyeuristico.

Comorbilità

Le comorbilità conosciute per il disturbo voyeuristico sono in gran parte basate su ricerche condotte su maschi sospettati o condannati per atti che comportano il guardare di nascosto persone nude, a loro insaputa, o attive sessualmente. Quindi, queste comorbilità potrebbero non essere applicate a tutti gli individui con disturbo voyeuristico. Condizioni che si verificano in comorbilità con il disturbo voyeuristico comprendono l'ipersessualità e altri disturbi parafilici, in particolare il disturbo esibizionistico. Frequenti condizioni di comorbilità sono anche i disturbi depressivi, bipolari, d'ansia e da uso di sostanze; il disturbo da deficit di attenzione/iperattività; e il disturbo della condotta e il disturbo antisociale di personalità.

Disturbo esibizionistico 302.4 (F65.2)

Criteri diagnostici

A. Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dall'esibizione dei propri genitali a una persona a sua insaputa.

B. L'individuo ha messo in atto questi desideri sessuali a discapito di un'altra persona non consenziente oppure i desideri o le fantasie sessuali causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare quale:

Sessualmente eccitato nell'esibire i genitali a bambini in età prepuberale.

Sessualmente eccitato nell'esibire i genitali a individui fisicamente maturi.

Sessualmente eccitato nell'esibire i genitali a bambini in età prepuberale e a individui fisicamente maturi.

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore è applicabile principalmente a individui che vivono in ambienti istituzionali o altri ambienti dove le possibilità di esibire i propri genitali sono limitate.

In remissione completa: L'individuo non ha messo in atto tali desideri con una persona non consenziente e non si è verificato alcun disagio o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti per almeno 5 anni e all'interno di un ambiente non controllato.

Sottotipi

I sottotipi del disturbo esibizionistico si basano sull'età o maturità fisica degli individui non consenzienti a cui l'individuo preferisce mostrare i propri genitali. Gli individui non consenzienti potrebbero essere bambini in età prepuberale, adulti, o entrambi. Questo specificatore dovrebbe aiutare a prestare un'adeguata attenzione alle caratteristiche delle vittime degli individui con disturbo esibizionistico per evitare che possa essere trascurato un concomitante disturbo pedofilico. In ogni caso, indicazioni che l'individuo con disturbo esibizionistico è sessualmente attratto dall'esibire i propri genitali ai bambini non dovrebbero precludere una diagnosi di disturbo pedofilico.

Specificatori

Lo specificatore "in remissione completa" non si riferisce alla presenza continuativa o all'assenza dell'esibizionismo in quanto tale, che può essere ancora presente dopo che comportamenti e disagio sono andati incontro a remissione.

Caratteristiche diagnostiche

I criteri diagnostici per il disturbo esibizionistico possono essere applicati sia agli individui che, più o meno spontaneamente, ammettono questa parafilia sia a quelli che negano categoricamente qualsiasi attrazione sessuale per esibire i propri genitali a persone a loro insaputa nonostante vi siano prove sostanziali e oggettive del contrario. Se gli individui che lo ammettono riferiscono anche difficoltà psicosociali causate dalle loro attrazioni o preferenze sessuali esibizionistiche, potrebbe essere loro diagnosticato un

disturbo esibizionistico. Invece, se dichiarano di non provare disagio (esemplificato dall'assenza di ansia, ossessioni, senso di colpa o vergogna per questi impulsi parafilici) e non sono compromessi in altre importanti aree del funzionamento a causa di questo interesse sessuale, e i loro resoconti e la loro anamnesi psichiatrica o giudiziaria indicano che non agiscono spinti da questo, si può accertare che essi hanno interessi sessuali esibizionistici, ma *non* dovrebbe esser loro diagnosticato un disturbo esibizionistico.

Tra gli individui che non ammettono il proprio interesse esibizionistico sono compresi, per esempio, quelli che si sono ripetutamente e in occasioni diverse esibiti a persone a loro insaputa, ma che negano qualsiasi desiderio o fantasia su tale comportamento sessuale, e quelli che riferiscono che gli episodi noti di esibizione erano tutti di natura accidentale e non sessuale. Altri possono ammettere episodi passati di comportamento sessuale che hanno comportato l'esibizione dei genitali ma rifiutano qualsiasi significativo e consistente interesse sessuale in tale comportamento. Dal momento che questi individui negano di avere fantasie o desideri che implicano l'esibizione dei genitali, ne consegue che potrebbero anche negare di sentirsi soggettivamente a disagio o socialmente compromessi da tali impulsi. Nonostante i loro stessi resoconti negativi, a tali individui può essere diagnosticato un disturbo esibizionistico. Un ricorrente comportamento esibizionistico costituisce una base sufficiente per la diagnosi di esibizionismo (con soddisfazione del Criterio A) e, allo stesso tempo, dimostra che questo comportamento elicitato dalla parafilia sta causando danno ad altri (Criterio B).

L'esibizione "ricorrente" dei genitali ad altri, a loro insaputa (cioè vittime molteplici, ognuna delle quali in un'occasione diversa), può significare, come regola generale, tre o più vittime in occasioni diverse. Questo criterio può essere soddisfatto anche da un minor numero di vittime, se fossero molteplici le occasioni di esibizione alla stessa vittima o se vi è una prova convalidante di un interesse forte o preferenziale per esibire i genitali alle persone a loro insaputa. Si noti che la molteplicità delle vittime, come suggerito in precedenza, è una condizione sufficiente ma non necessaria per la diagnosi; i criteri possono essere soddisfatti anche se l'individuo riconosce un intenso interesse sessuale esibizionistico con disagio/compromissione.

Il periodo di tempo del Criterio A, che indica come i segni o sintomi di esibizionismo devono persistere almeno 6 mesi, dovrebbe essere inteso come una linea guida generale, non un limite rigido, per assicurarsi che l'interesse sessuale per esibire i propri genitali ad altri, a loro insaputa, non sia semplicemente transitorio. Ciò potrebbe essere manifestato dalla chiara evidenza di comportamenti ripetuti o disagio per un periodo non transitorio minore di 6 mesi.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo esibizionistico è sconosciuta. Tuttavia, sulla base di atti sessuali esibizionistici nelle popolazioni non clinica o generale, la più alta prevalenza possibile per il disturbo esibizionistico nella popolazione maschile è del 2-4%. La prevalenza del disturbo esibizionistico nelle femmine è ancora più incerta, ma in genere si ritiene essere molto più bassa che nei maschi.

Sviluppo e decorso

I maschi adulti con disturbo esibizionistico riferiscono di essere diventati consapevoli del proprio interesse sessuale per esibire i genitali a persone a loro insaputa spesso durante l'adolescenza, un po' dopo il tipico sviluppo dell'interesse sessuale per le femmine o i maschi. Anche se non vi è un'età minima per la diagnosi di disturbo esibizioni-

stico, negli adolescenti può essere difficile differenziare i comportamenti esibizionistici da una curiosità sessuale adeguata all'età. Mentre gli impulsi esibizionistici sembrano emergere durante l'adolescenza o nella prima età adulta, si sa molto poco circa la persistenza nel corso del tempo. Per definizione, il disturbo esibizionistico richiede uno o più fattori concorrenti che possono cambiare nel corso del tempo con o senza trattamento: disagio soggettivo (per es., senso di colpa, vergogna, intensa frustrazione sessuale, solitudine), un disturbo mentale in comorbilità, ipersessualità e impulsività sessuale; compromissione psicosociale; e/o propensione ad agire sessualmente esibendo i genitali a persone a loro insaputa. Pertanto, il decorso del disturbo esibizionistico può variare con l'età. Come nelle altre preferenze sessuali, l'avanzamento dell'età può essere associato alla diminuzione di comportamento e preferenze sessuali esibizionistici.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Dal momento che l'esibizionismo è un presupposto necessario per il disturbo esibizionistico, i fattori di rischio per l'esibizionismo dovrebbero aumentare anche il tasso di disturbo esibizionistico. Un passato antisociale, un disturbo antisociale di personalità, l'abuso di alcol e preferenze sessuali pedofiliche potrebbero aumentare il rischio di recidiva sessuale in chi ha commesso reati a causa dell'esibizionismo. Pertanto, il disturbo antisociale di personalità, il disturbo da uso di alcol e l'interesse pedofilico possono essere considerati fattori di rischio per il disturbo esibizionistico nei maschi con preferenze sessuali esibizionistiche.

Fattori ambientali. L'abuso sessuale ed emotivo infantili e l'ossessione per il sesso/ipersessualità sono stati suggeriti come fattori di rischio per l'esibizionismo, sebbene la relazione causale con l'esibizionismo sia incerta e la specificità poco chiara.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Il disturbo esibizionistico è altamente raro nelle femmine, mentre singoli atti esibizionistici che provocano eccitazione sessuale potrebbero verificarsi con una frequenza che, nelle donne, raggiunge la metà di quella degli uomini.

Conseguenze funzionali del disturbo esibizionistico

Le conseguenze funzionali del disturbo esibizionistico non sono state affrontate nella ricerca che coinvolge individui che non hanno agito sessualmente esibendo i propri genitali a sconosciuti a loro insaputa ma che soddisfano il Criterio B provando un intenso disagio emotivo per tali preferenze.

Diagnosi differenziale

A volte potenziali diagnosi differenziali per il disturbo esibizionistico si verificano anche come disturbi in comorbilità. Pertanto, è in genere necessario valutare come questioni separate l'evidenza del disturbo esibizionistico e altre possibili condizioni.

Disturbo della condotta e disturbo antisociale di personalità. Il disturbo della condotta negli adolescenti e il disturbo antisociale di personalità potrebbero essere caratterizzati da comportamenti anticonformistici e antisociali aggiuntivi, e lo specifico interesse sessuale per l'esibizione dei genitali dovrebbe essere mancante.

Disturbi da uso di sostanze. I disturbi da uso di alcol e di sostanze potrebbero comportare singoli episodi esibizionistici da parte di individui intossicati ma non dovrebbero comportare il tipico interesse sessuale per esibire i genitali a persone a loro insaputa. Quindi, ricorrenti fantasie, desideri o comportamenti sessuali esibizionistici che si verificano anche quando l'individuo non è intossicato suggeriscono che potrebbe essere presente un disturbo esibizionistico.

Comorbilità

Le comorbilità conosciute per il disturbo esibizionistico sono in gran parte basate su ricerche condotte su individui (quasi tutti maschi) condannati per atti criminali che comportano l'esibizione dei genitali a individui non consenzienti. Quindi, queste comorbilità potrebbero non essere applicate a tutti gli individui che soddisfano i criteri della diagnosi di disturbo esibizionistico. Condizioni che, con elevata frequenza, si verificano in comorbilità con il disturbo esibizionistico comprendono i disturbi depressivi, bipolari, d'ansia e i disturbi da uso di sostanze; l'ipersessualità; il disturbo da deficit di attenzione/iperattività; altri disturbi parafilici; e il disturbo antisociale di personalità.

Disturbo frotteuristico 302.89 (F65.81)

Criteri diagnostici

A. Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dal toccare, o strusciarsi contro, una persona non consenziente.

B. L'individuo ha messo in atto questi desideri sessuali a discapito di un'altra persona non consenziente oppure i desideri o le fantasie sessuali causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore è applicabile principalmente a individui che vivono in ambienti istituzionali o in altri ambienti dove le possibilità di toccare, o strusciarsi contro, una persona non consenziente sono limitate.

In remissione completa: L'individuo non ha messo in atto tali desideri con una persona non consenziente e non si è verificato alcun disagio o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti per almeno 5 anni e all'interno di un ambiente non controllato.

Specificatori

Lo specificatore "in remissione" non si riferisce alla presenza costante o all'assenza del frotteurismo in quanto tale, che può essere ancora presente dopo che comportamenti e disagio sono andati incontro a remissione.

Caratteristiche diagnostiche

I criteri diagnostici per il disturbo frotteuristico possono essere applicati sia agli individui che, in modo relativamente spontaneo, ammettono questa parafilia sia a quelli che negano categoricamente qualsiasi attrazione sessuale derivante dal toccare o strusciarsi contro un individuo non consenziente nonostante prove considerevoli e oggettive del contrario. Se gli individui che lo ammettono riferiscono anche compromissione psicosociale dovuta alle loro preferenze sessuali per toccare o strusciarsi contro un

individuo non consenziente, potrebbe essere loro diagnosticato un disturbo frotteuristico. Se invece non riferiscono disagio (dimostrato dalla mancanza di ansia, ossessioni, senso di colpa o vergogna) per questi impulsi parafilici e non sono compromessi in altre importanti aree del funzionamento a causa di questo interesse sessuale, e la loro anamnesi psichiatrica o giudiziaria indica che non agiscono spinti da questo, si può accertare che essi hanno interessi sessuali frotteuristici, ma *non* dovrebbe esser loro diagnosticato un disturbo frotteuristico.

Tra gli individui che non lo ammettono, per esempio, sono compresi gli individui noti per aver toccato o essersi strusciati contro individui non consenzienti in occasioni diverse, ma che contestano qualsiasi desiderio o fantasia riguardante tale comportamento sessuale. Tali individui possono riferire che quegli episodi in cui hanno toccato o si sono strusciati contro un individuo non consenziente erano tutti non intenzionali e di natura non sessuale. Altri possono ammettere episodi del passato in cui hanno toccato o si sono strusciati contro individui non consenzienti ma ne contestano qualsiasi interesse sessuale persistente o degno di nota. Dal momento che questi individui negano di avere fantasie o impulsi che li spingono a toccare o strusciarsi, ne consegue che potrebbero anche negare di sentirsi a disagio o psicosocialmente compromessi da tali impulsi. Nonostante la loro indisponibilità ad ammetterli, a tali individui può essere diagnosticato un disturbo frotteuristico. Un comportamento frotteuristico *ricorrente* costituisce una base soddisfacente per la diagnosi di frotteurismo (con soddisfazione del Criterio A) e, allo stesso tempo, dimostra che questo comportamento elicitato dalla parafilia sta causando danno ad altri (Criterio B).

Toccare o strusciarsi contro un individuo non consenziente in modo ricorrente (cioè vittime molteplici, ognuna delle quali in occasioni diverse) può significare, come regola generale, tre o più vittime in occasioni diverse. Questo criterio può essere soddisfatto anche da un minor numero di vittime, se fossero molteplici le occasioni in cui uno stesso individuo è stato toccato o strusciato contro la sua volontà, o se vi è una prova convalidante di un interesse forte o preferenziale per toccare o strusciarsi contro individui non consenzienti. Si noti che la molteplicità delle vittime è una condizione sufficiente ma non necessaria per la diagnosi; i criteri possono essere soddisfatti anche se l'individuo riconosce un intenso interesse sessuale frotteuristico con disagio clinicamente significativo e/o compromissione.

Il periodo di tempo del Criterio A, che indica come i segni o sintomi di esibizionismo devono persistere almeno 6 mesi, dovrebbe essere inteso come una linea guida generale, non un limite rigido, per assicurarsi che l'interesse sessuale per toccare o strusciarsi contro un individuo non consenziente non sia transitorio. Pertanto, il riferimento alla durata nel Criterio A potrebbe essere soddisfatto se vi è chiara evidenza di comportamenti ricorrenti o disagio per un periodo di tempo più breve ma non transitorio.

Prevalenza

Atti frotteuristici, che comprendono il toccare sessualmente o strusciarsi contro un altro individuo che non lo desidera, possono verificarsi in una percentuale fino al 30% dei maschi adulti nella popolazione generale. Circa il 10-14% dei maschi adulti visitati nei servizi ambulatoriali per disturbi parafilici e ipersessualità presentano manifestazioni che soddisfano i criteri diagnostici per il disturbo frotteuristico. Pertanto, anche se la prevalenza del *disturbo* frotteuristico nella popolazione è sconosciuta, è improbabile che essa superi la percentuale rilevata nell'ambito clinico considerato.

Sviluppo e decorso

I maschi adulti con disturbo frotteuristico riferiscono di essere diventati consapevoli del loro interesse sessuale per toccare furtivamente delle persone a loro insaputa spesso durante la tarda adolescenza o nella prima età adulta. Tuttavia, bambini e adolescenti possono anche toccare o strusciarsi contro altri contro la loro volontà in assenza di una diagnosi di disturbo frotteuristico. Anche se non c'è un'età minima per la diagnosi, il disturbo frotteuristico può essere difficile da differenziare da un comportamento legato a un disturbo della condotta, privo di motivazione sessuale in individui in giovane età. La persistenza del frotteurismo con l'avanzare dell'età non è chiara. Il disturbo frotteuristico, tuttavia, richiede per definizione uno o più fattori ulteriori che possono cambiare nel corso del tempo con o senza trattamento: disagio soggettivo (per es., senso di colpa, vergogna, intensa frustrazione sessuale, solitudine); morbilità psichiatrica; ipersessualità e impulsività sessuale; compromissione psicosociale; e/o propensione ad agire sessualmente toccando o strusciandosi contro persone non consenzienti. Pertanto, il decorso del disturbo frotteuristico varia probabilmente con l'età. Come per altre preferenze sessuali, l'avanzamento dell'età può essere associato alla diminuzione di comportamento e preferenze sessuali frotteuristici.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Un comportamento antisociale non sessuale e l'ossessione per il sesso/ipersessualità potrebbero essere fattori di rischio non specifici, sebbene la relazione causale con il frotteurismo sia incerta e la specificità poco chiara. Comunque, il frotteurismo è un presupposto necessario per il disturbo frotteuristico, così i fattori di rischio per il frotteurismo dovrebbero aumentare anche il tasso di disturbo frotteuristico.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Sembrano esserci molte meno femmine con preferenze sessuali frotteuristiche rispetto ai maschi.

Diagnosi differenziale

Disturbo della condotta e disturbo antisociale di personalità. Il disturbo della condotta negli adolescenti e il disturbo antisociale di personalità sarebbero caratterizzati da comportamenti anticonformistici e antisociali aggiuntivi, mentre lo specifico interesse sessuale per toccare o strusciarsi contro un individuo non consenziente dovrebbe essere mancante.

Disturbi da uso di sostanze. I disturbi da uso di sostanze, in particolare quelli che implicano l'uso di stimolanti come cocaina e amfetamine, possono comportare singoli episodi frotteuristici da parte degli individui intossicati ma non dovrebbero comportare il tipico, consistente interesse sessuale per toccare o strusciarsi contro persone a loro insaputa. Pertanto, ricorrenti fantasie, desideri o comportamenti sessuali frotteuristici che si verificano anche quando l'individuo non è intossicato suggeriscono che potrebbe essere presente un disturbo frotteuristico.

Comorbilità

Le comorbilità conosciute per il disturbo frotteuristico sono in gran parte basate su ricerche condotte su maschi sospettati o condannati per atti criminali che implicano una

motivazione sessuale nel toccare o strusciarsi contro un individuo non consenziente. Pertanto, queste comorbilità potrebbero non essere applicabili ad altri individui con diagnosi di disturbo frotteuristico basata su un disagio soggettivo oltre al loro interesse sessuale. Condizioni che si verificano in comorbilità con il disturbo frotteuristico comprendono ipersessualità e altri disturbi parafilici, in particolare il disturbo esibizionistico e il disturbo voyeuristico. In concomitanza si verificano anche il disturbo della condotta, il disturbo antisociale di personalità, i disturbi depressivi, bipolari, d'ansia e i disturbi da uso di sostanze. A volte potenziali diagnosi differenziali per il disturbo frotteuristico si verificano anche come disturbi in comorbilità. Pertanto, è in genere necessario valutare come questioni separate l'evidenza del disturbo frotteuristico e altre possibili condizioni.

Disturbo da masochismo sessuale 302.83 (F65.51)

Criteri diagnostici

A. Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dall'atto di essere umiliato, percosso, legato o fatto soffrire in altro modo.

B. Le fantasie, i desideri o i comportamenti sessuali causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se:

Con asfissiofilia: Se l'individuo è attratto dalla pratica di raggiungere l'eccitazione sessuale connessa con la limitazione della respirazione.

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore è applicabile principalmente a persone che vivono in ambienti istituzionali o altri ambienti dove le possibilità di attuare comportamenti sessuali masochistici sono limitate.

In remissione completa: Non si è verificato alcun disagio o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti per almeno 5 anni e in ambiente non controllato.

Caratteristiche diagnostiche

I criteri diagnostici per il disturbo da masochismo sessuale sono da applicare agli individui che ammettono spontaneamente di avere tali interessi parafilici. Tali individui riconoscono apertamente un'intensa eccitazione sessuale che deriva dall'atto di essere umiliati, percossi, legati o fatti soffrire in altro modo, come manifestato da fantasie, desideri o comportamenti. Se questi individui riferiscono anche difficoltà psicosociali a causa delle loro attrazioni o preferenze sessuali per essere umiliati, percossi, legati o fatti soffrire in altro modo, si può diagnosticare loro un disturbo da masochismo sessuale. Al contrario, se dichiarano di non provare disagio, esemplificato da ansia, ossessioni, senso di colpa o vergogna per questi impulsi parafilici, e non sono ostacolati da questi nel perseguire altri obiettivi personali, si può accertare che essi hanno interessi sessuali masochistici, ma *non* dovrebbe essere loro diagnosticato un disturbo da masochismo sessuale.

Il periodo di tempo del Criterio A, che indica come i segni o sintomi di masochismo sessuale devono persistere almeno 6 mesi, dovrebbe essere inteso come una linea guida generale, non un limite rigido, per assicurarsi che l'interesse sessuale per essere

umiliati, percossi, legati o fatti soffrire in altro modo non sia solo transitorio. Comunque, il disturbo può essere diagnosticato a fronte di un arco temporale chiaramente prolungato, ma più breve.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'ampio uso di pornografia, che comporta l'atto di essere umiliati, percossi, legati o fatti soffrire in altro modo, è talvolta una caratteristica associata al disturbo da masochismo sessuale.

Prevalenza

La prevalenza nella popolazione del disturbo da masochismo sessuale è sconosciuta. In Australia, è stato stimato che il 2,2% dei maschi e l'1,3% delle femmine negli ultimi 12 mesi hanno intrapreso pratiche di bondage e disciplina, sadomasochismo o di dominazione e sottomissione.

Sviluppo e decorso

Gli individui con parafilie hanno riferito per il masochismo un'età media di esordio di 19,3 anni, sebbene sia stato riportato che fantasie masochistiche sono iniziate anche in età più precoci, come l'infanzia e la pubertà. Si sa molto poco sulla persistenza nel tempo. Il disturbo da masochismo sessuale richiede, per definizione, la presenza di uno o più fattori ulteriori, che possono cambiare nel corso del tempo con o senza trattamento. Questi comprendono disagio soggettivo (per es., senso di colpa, vergogna, intensa frustrazione sessuale, solitudine), morbilità psichiatrica, ipersessualità e impulsività sessuale, e compromissione psicosociale. Pertanto, è probabile che il decorso del disturbo da masochismo sessuale vari con l'età. È probabile che l'avanzamento dell'età riduca le preferenze per il masochismo sessuale e per altri comportamenti sessuali parafilici o normofilici.

Conseguenze funzionali del disturbo da masochismo sessuale

Le conseguenze funzionali del disturbo da masochismo sessuale sono sconosciute. Tuttavia, i masochisti sono a rischio di morte accidentale mentre praticano l'asfissiofilia o altre pratiche autoerotiche.

Diagnosi differenziale

Molte delle condizioni da considerare come diagnosi differenziale per il disturbo da masochismo sessuale (per es., feticismo di travestimento, disturbo da sadismo sessuale, ipersessualità, disturbi da uso di alcol e sostanze) talvolta si verificano anche come diagnosi in comorbilità. Pertanto, è necessario valutare con attenzione la diagnosi del disturbo da masochismo sessuale, valutando la possibilità di altre parafilie o di altri disturbi mentali come parte della diagnosi differenziale. In assenza di disagio (ovvero di disturbo), nell'analisi differenziale bisogna includere anche il masochismo sessuale, dal momento che gli individui possono essere a loro agio attuando questi comportamenti.

Comorbilità

Le comorbilità conosciute per il disturbo da masochismo sessuale sono in gran parte basate su individui in trattamento. I disturbi che si verificano in comorbilità con il disturbo da masochismo sessuale sono, tipicamente, altri disturbi parafilici, come il feticismo di travestimento.

Disturbo da sadismo sessuale 302.84 (F65.52)

Criteri diagnostici

A. Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dalla sofferenza fisica o psicologica di un'altra persona.

B. L'individuo ha messo in atto questi desideri sessuali a discapito di un'altra persona non consenziente oppure i desideri o le fantasie sessuali causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore è applicabile principalmente a individui che vivono in ambienti istituzionali o in altri ambienti dove le possibilità di impegnarsi in comportamenti sessuali sadici sono limitate.

In remissione completa: L'individuo non ha messo in atto tali desideri con una persona non consenziente e non si è verificato alcun disagio o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti per almeno 5 anni e all'interno di un ambiente non controllato.

Caratteristiche diagnostiche

I criteri diagnostici per il disturbo da sadismo sessuale sono da applicare sia agli individui che spontaneamente ammettono di avere tali interessi parafilici sia a coloro che negano qualsiasi interesse sessuale per la sofferenza fisica o psicologica di un altro individuo nonostante l'evidenza sostanziale e oggettiva del contrario. Gli individui che apertamente riconoscono un intenso interesse sessuale nella sofferenza fisica o psicologica di altri sono definiti "esplicitamente" sadici. Se questi individui riferiscono anche difficoltà psicosociali a causa della loro attrazione o preferenza sessuale per le sofferenze fisiche o psicologiche di un altro individuo, potrebbe essere loro diagnosticato un disturbo da sadismo sessuale. Se invece gli individui "esplicitamente" sadici dichiarano di non provare disagio, esemplificato da ansia, ossessioni, senso di colpa o vergogna per questi impulsi parafilici, e non sono ostacolati da questi nel perseguire altri obiettivi, e i dati da loro stessi riportati e la loro anamnesi psichiatrica o giudiziaria indicano che non agiscono spinti da questi, si può accertare che essi hanno interessi sessuali sadici, ma *non* dovrebbero soddisfare i criteri per il disturbo da sadismo sessuale.

Esempi di individui che negano qualsiasi interesse per le sofferenze fisiche o psicologiche di un altro individuo comprendono gli individui noti per aver inflitto dolore o sofferenza a vittime molteplici, in occasioni diverse, ma che negano qualsiasi desiderio o fantasia riguardante tale comportamento sessuale e che possono dichiarare, inoltre, che gli episodi noti di aggressione sessuale erano non intenzionali o di natura non sessuale. Altri possono ammettere episodi del passato di comportamento sessuale che implica l'infliggere dolore o sofferenza a un individuo non consenziente ma non riferiscono alcun interesse sessuale significativo e consistente nella sofferenza fisica o psicologica di un altro individuo. Dal momento che questi individui negano di avere fantasie o desideri che implicano l'eccitazione sessuale derivante dal dolore e dalla sofferenza, ne consegue che negherebbero anche di provare soggettivamente disagio o di sentirsi socialmente compromessi da tali impulsi. Nonostante i loro resoconti lo negherebbero, a tali individui può essere diagnosticato un disturbo da sadismo sessuale. Il loro comportamento ricorrente costituisce un supporto clinico per la presenza della parafilia di sadismo sessuale (con soddisfazione del Criterio A) e, allo stesso tempo, dimostra che il loro comportamento elicitato dalla parafilia sta causando disagio clinicamente significativo, danno, o rischio di danno ad altri (Criterio B).

Sadismo sessuale "ricorrente" che coinvolge altri non consenzienti (cioè vittime molteplici, ognuna delle quali in un'occasione diversa) può significare, come regola generale, tre o più vittime in occasioni differenti. Questo criterio può essere soddisfatto anche da un minor numero di vittime, se ci sono occasioni molteplici in cui si è inflitto dolore e sofferenza alla stessa vittima, se vi è prova convalidante di un interesse forte o preferenziale a procurare dolore o sofferenza a vittime molteplici. Si noti che le vittime molteplici, come suggerito in precedenza, sono una condizione sufficiente ma non necessaria per la diagnosi, e i criteri possono essere soddisfatti anche se l'individuo riconosce un intenso interesse sessuale sadico.

Il periodo di tempo del Criterio A, che indica come i segni o sintomi di sadismo sessuale devono persistere per almeno 6 mesi, dovrebbe essere inteso come una linea guida generale, non un limite rigido, per assicurarsi che l'interesse sessuale che spinge a infliggere dolore e sofferenza a vittime non consenzienti non sia semplicemente transitorio. I criteri per la diagnosi possono essere comunque soddisfatti se vi è un periodo di comportamenti sadici chiaramente consistente, ma più breve.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Una caratteristica a volte associata al disturbo da sadismo sessuale è l'ampio uso di materiale pornografico che implica l'infliggere dolore e sofferenza.

Prevalenza

La prevalenza nella popolazione del disturbo da sadismo sessuale è sconosciuta e si basa prevalentemente su individui in ambiti forensi. Poiché dipende dai criteri per il sadismo sessuale la prevalenza varia ampiamente, dal 2 al 30%. Tra gli autori di reati sessuali perseguiti in sede civile negli Stati Uniti, meno del 10% presenta sadismo sessuale. Tra gli individui che hanno commesso omicidi per motivi sessuali, i tassi di disturbo da sadismo sessuale vanno dal 37 al 75%.

Nei campioni forensi gli individui con sadismo sessuale sono quasi esclusivamente maschi, ma in un campione rappresentativo della popolazione in Australia è riportato che il 2,2% dei maschi e l'1,3% delle femmine ha detto di essere stato coinvolto, durante l'anno precedente, in bondage e disciplina, "sadomasochismo", o dominazione e sottomissione.

Sviluppo e decorso

Le informazioni sullo sviluppo e il decorso del disturbo da sadismo sessuale sono estremamente limitate. Uno studio ha riportato che le femmine diventano consapevoli del loro interesse sadomasochistico nella prima età adulta, e un altro ha riportato che in un gruppo di maschi il sadismo è iniziato all'età media di 19,4 anni. Mentre il sadismo sessuale di per sé è probabilmente una caratteristica che dura tutta la vita, il disturbo da sadismo sessuale può modularsi a seconda del disagio soggettivo dell'individuo o della sua propensione a danneggiare altri non consenzienti. È probabile che l'avanzamento dell'età possa avere lo stesso effetto di riduzione su questo disturbo di quello che ha su altri comportamenti sessuali parafilici o normofilici.

Diagnosi differenziale

Molte delle condizioni che potrebbero essere oggetto di diagnosi differenziale per il disturbo da sadismo sessuale (per es., disturbo antisociale di personalità, disturbo da masochismo sessuale, ipersessualità, disturbi da uso di sostanze) a volte si verificano anche come diagnosi in comorbilità. Pertanto, è necessario valutare con attenzione l'evidenza per il disturbo da sadismo sessuale, conservando la possibilità di altre parafilie o altri disturbi mentali come parte della diagnosi differenziale. La maggior parte degli individui attivi nelle comunità virtuali che adottano comportamenti sadici e masochistici non manifestano alcun disagio per i loro interessi sessuali, e il loro comportamento non soddisferebbe i criteri del DSM-5 per il disturbo da sadismo sessuale. L'interesse sadico, in assenza di disturbo da sadismo sessuale, può essere preso in considerazione nella diagnosi differenziale.

Comorbilità

Le comorbilità conosciute per il disturbo da sadismo sessuale sono in gran parte basate su individui (quasi tutti maschi) condannati per atti criminali che implicano atti sadici su vittime non consenzienti. Quindi, queste comorbilità potrebbero non essere applicabili a tutti gli individui che non hanno mai intrapreso attività sadiche con vittime non consenzienti, ma che sono idonei per una diagnosi di disturbo da sadismo sessuale sulla base del disagio soggettivo causato dal loro interesse sessuale. Tra i disturbi che sono comunemente in comorbilità con il disturbo da sadismo sessuale vi sono gli altri disturbi parafilici.

Disturbo pedofilico 302.2 (F65.4)

Criteri diagnostici

A. Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, che comportano attività sessuale con un bambino in età prepuberale o con bambini (in genere sotto i 13 anni di età).

B. L'individuo ha messo in atto questi desideri sessuali, oppure i desideri o le fantasie sessuali causano marcato disagio o difficoltà interpersonali.

C. L'individuo ha almeno 16 anni di età ed è di almeno 5 anni maggiore del bambino o dei bambini di cui al Criterio A.

Nota: Non comprende un individuo in tarda adolescenza coinvolto in una relazione sessuale con un individuo di 12-13 anni.

Specificare quale:

Tipo esclusivo (attratto solo da bambini)

Tipo non esclusivo

Specificare se:

Attratto sessualmente da maschi

Attratto sessualmente da femmine

Attratto sessualmente da entrambi

Specificare se:

Limitato all'incesto

Caratteristiche diagnostiche

I criteri diagnostici per il disturbo pedofilico sono da applicare sia agli individui che ammettono questa parafilia sia agli individui che negano qualsiasi attrazione sessuale per bambini in età prepuberale (in genere di 13 anni o più piccoli), nonostante l'evidenza sostanziale e oggettiva del contrario. Esempi di ammissione di questa parafilia comprendono il riconoscere in modo franco un intenso interesse sessuale per i bambini, e il rivelare che l'interesse sessuale per i bambini è maggiore o uguale all'interesse sessuale per gli individui fisicamente maturi.

Se gli individui lamentano anche difficoltà psicosociali causate dalla loro attrazione o preferenza sessuale per i bambini, può essere loro diagnosticato il disturbo pedofilico. Tuttavia, se riferiscono l'assenza di sentimenti di senso di colpa, vergogna o ansia riguardo a questi impulsi e di non essere funzionalmente limitati dai loro impulsi parafilici (secondo quanto da loro stesso riferito, da valutazione oggettiva, o entrambe le cose), e i loro stessi resoconti e la loro anamnesi psichiatrica o giudiziaria documentata indicano che essi non hanno mai agito spinti dai loro impulsi, allora questi individui hanno un interesse sessuale pedofilico ma non un disturbo pedofilico.

Esempi di individui che negano l'attrazione per i bambini comprendono individui noti per avere tentato approcci sessuali con più bambini in occasioni diverse, ma che negano qualsiasi desiderio o fantasia sul comportamento sessuale che coinvolga bambini, e anche chi può affermare che gli episodi conosciuti di contatto fisico erano tutti non intenzionali e di natura non sessuale. Altri individui possono riconoscere episodi del passato di comportamento sessuale che coinvolge dei bambini, ma negano qualsiasi interesse sessuale significativo o consistente per i bambini. Dal momento che questi individui possono negare di provare impulsi e fantasie sessuali che implicano bambini, possono anche negare di sentirsi soggettivamente a disagio. Anche a tali individui può essere diagnosticato un disturbo pedofilico, nonostante l'assenza di disagio autoriferito, a condizione che ci sia evidenza di ricorrenti comportamenti pedofilici che persistono per 6 mesi (Criterio A) e l'evidenza che l'individuo ha agito spinto da desideri sessuali o che fa esperienza di difficoltà interpersonali come conseguenza del disturbo (Criterio B).

La presenza di vittime molteplici, come trattato sopra, è sufficiente ma non necessaria per la diagnosi; cioè l'individuo può ancora soddisfare il Criterio A semplicemente riconoscendo un interesse sessuale intenso o preferenziale per i bambini.

La clausola del Criterio A, che indica come i segni o i sintomi di pedofilia persistono da 6 mesi o più, è intesa a garantire che l'attrazione sessuale per i bambini non sia semplicemente transitoria. Tuttavia, la diagnosi può essere posta se c'è evidenza clinica di una consistente persistenza dell'attrazione sessuale per i bambini, nonostante la durata di 6 mesi non possa essere determinata con precisione.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'ampio uso di materiale pornografico raffigurante bambini in età prepuberale è un utile indicatore diagnostico di disturbo pedofilico. Questo è un esempio specifico del caso generale in cui gli individui sono propensi a scegliere il tipo di materiale pornografico che corrisponde ai loro interessi sessuali.

Prevalenza

La prevalenza nella popolazione per il disturbo pedofilico è sconosciuta. La più alta, possibile prevalenza del disturbo pedofilico nei maschi è circa il 3-5%, mentre nelle femmine è ancora più incerta, ma è probabile che sia una frazione ridotta rispetto a quella maschile.

Sviluppo e decorso

I maschi adulti con disturbo pedofilico possono riportare di essere venuti a conoscenza intorno alla pubertà del loro forte o preferenziale interesse sessuale per i bambini: è lo stesso periodo in cui i maschi che, da grandi, preferiranno partner fisicamente maturi, diventano consapevoli del loro interesse sessuale per le donne o gli uomini. Cercare di diagnosticare il disturbo pedofilico all'età in cui si manifesta per la prima volta è problematico a causa della difficoltà, durante lo sviluppo adolescenziale, di differenziarlo dall'interesse sessuale per i coetanei o dalla curiosità sessuale adeguati all'età. Pertanto, il Criterio C richiede per la diagnosi un'età minima di 16 anni e di almeno 5 anni maggiore di quella del bambino o dei bambini di cui al Criterio A.

La pedofilia di per sé sembra essere una condizione permanente. Il disturbo pedofilico, tuttavia, comprende necessariamente altri elementi che possono cambiare nel corso del tempo con o senza trattamento: disagio soggettivo (per es., senso di colpa, vergogna, intensa frustrazione sessuale, o sentimenti di isolamento), compromissione psicosociale, o la propensione a interagire sessualmente con bambini, o tutte queste cose. Pertanto, il decorso del disturbo pedofilico può oscillare, aumentare o diminuire con l'età.

Gli adulti con disturbo pedofilico possono riferire una consapevolezza del loro interesse sessuale per i bambini che precede l'impegnarsi in un comportamento sessuale che coinvolge i bambini o l'identificazione di sé come pedofili. È probabile che l'avanzamento dell'età possa diminuire la frequenza di un comportamento sessuale che coinvolga i bambini similmente a come influisce su altri comportamenti sessuali elicitati dalla parafilia o normofilici.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. Sembra che tra pedofilia e antisocialità vi sia un'interazione tale che i maschi con entrambi i tratti di personalità abbiano una maggior probabilità di agire sessualmente con i bambini. Pertanto, il disturbo antisociale di personalità può essere considerato un fattore di rischio per il disturbo pedofilico nei maschi con pedofilia.

Fattori ambientali. I maschi adulti con pedofilia spesso riferiscono di essere stati vittime di abusi sessuali da bambini. Non è chiaro, tuttavia, se questa correlazione riflette un'influenza causale dell'abuso sessuale nell'infanzia sulla pedofilia in età adulta.

Fattori genetici e fisiologici. Dal momento che la pedofilia è una condizione necessaria per il disturbo pedofilico, qualsiasi fattore che aumenta la probabilità di pedofilia aumenta anche il rischio di disturbo pedofilico. Vi sono alcune evidenze che un'anomalia nello sviluppo neurologico intrauterino aumenti la probabilità dello sviluppo di un interesse pedofilico.

Aspetti diagnostici correlati al genere

I test psicofisiologici dell'interesse sessuale condotti in laboratorio, che a volte risultano utili per diagnosticare il disturbo pedofilico nei maschi, non sono necessariamente utili nel diagnosticare questo disturbo nelle femmine, anche quando sono disponibili procedure identiche (per es., il tempo di visualizzazione) o analoghe (per es., pletismografia peniena e fotopletismografia vaginale).

Marker diagnostici

I test psicofisiologici dell'interesse sessuale possono qualche volta dimostrarsi utili quando la storia di un individuo suggerisce la possibile presenza di disturbo pedofilico ma l'individuo nega un'attrazione forte o preferenziale per i bambini. Fra queste misurazioni, quella più accuratamente studiata e più a lungo utilizzata nella ricerca è la *pletismografia peniena*, anche se la sensibilità e la specificità della diagnosi possono variare da un'area all'altra. Anche il *tempo di visualizzazione*, che utilizza fotografie di persone nude o poco vestite come stimoli visivi, è usato per diagnosticare il disturbo pedofilico, soprattutto in combinazione con test autosomministrati. Tuttavia, negli Stati Uniti, i professionisti della salute mentale dovrebbero essere consapevoli che il possesso di tali stimoli visivi, anche per finalità diagnostiche, può violare la legge americana per quanto riguarda il possesso di materiale pornografico infantile e rendere i professionisti della salute mentale suscettibili di persecuzione penale.

Diagnosi differenziale

Molte delle condizioni che potrebbero essere oggetto di diagnosi differenziale per il disturbo pedofilico si verificano a volte come diagnosi in comorbilità. È quindi in genere necessario valutare le evidenze per il disturbo pedofilico e per altre possibili condizioni come questioni separate.

Disturbo antisociale di personalità. Questo disturbo aumenta la probabilità che una persona che è attratta principalmente da individui fisicamente maturi approcci un bambino, in una o più occasioni, sulla base di una relativa disponibilità. L'individuo spesso mostra altri segni di questo disturbo di personalità, come una ricorrente violazione della legge.

Disturbi da uso di alcol e di sostanze. Gli effetti disinibenti di un'intossicazione possono anche aumentare la probabilità che una persona che è attratta principalmente da un individuo fisicamente maturo possa tentare approcci sessuali con un bambino.

Disturbo ossessivo-compulsivo. Ci sono individui che occasionalmente lamentano pensieri e preoccupazioni egodistonici riguardanti la possibile attrazione per i bambini. Il colloquio clinico di solito rivela un'assenza di pensieri sessuali sui bambini durante gli stati di più alta eccitazione sessuale (per es., quando si avvicina l'orgasmo durante la masturbazione) e talvolta la presenza di idee sessuali egodistoniche intrusive aggiuntive (per es., preoccupazioni riguardanti l'omosessualità).

Comorbilità

La comorbilità psichiatrica del disturbo pedofilico comprende l'uso di sostanze; i disturbi depressivi, bipolari e d'ansia; il disturbo antisociale di personalità; e altri disturbi parafilici. Tuttavia, i risultati sui disturbi in comorbilità sono in gran parte tra individui condannati per reati sessuali che coinvolgono bambini (quasi tutti maschi) e non possono essere generalizzabili ad altri individui con disturbo pedofilico (per es., individui che non hanno mai tentato approcci sessuali con un bambino, ma che sono idonei per la diagnosi di disturbo pedofilico sulla base del disagio soggettivo).

Disturbo feticistico 302.81 (F65.0)

Criteri diagnostici

A. Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dall'uso di oggetti inanimati o da un interesse molto specifico per parte/i del corpo non genitale/i.

B. Le fantasie, i desideri o i comportamenti sessuali causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. Gli oggetti feticistici non si limitano a capi di abbigliamento usati per il cross-dressing (come nel disturbo da travestitismo), oppure a strumenti specificamente progettati al fine della stimolazione tattile dei genitali (per es., vibratore).

Specificare:

Parte/i del corpo
Oggetto/i inanimato/i
Altro

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore è applicabile principalmente a individui che vivono in ambienti istituzionali o ambienti dove le possibilità di impegnarsi in comportamenti feticistici sono limitate.

In remissione completa: Non vi è stato alcun disagio o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti per almeno 5 anni e in ambiente non controllato.

Specificatori

Anche se gli individui con disturbo feticistico possono riferire un'intensa e ricorrente eccitazione sessuale per oggetti inanimati o per una parte specifica del corpo, non è insolito che si verifichino combinazioni di feticci non mutualmente escludentisi. Così, un individuo può avere un disturbo feticistico associato a un oggetto inanimato (per es., indumenti intimi femminili) o un interesse esclusivo per una parte del corpo intensamente erotizzata (per es., i piedi, i capelli), o il suo interesse feticistico può soddisfare i criteri per varie combinazioni di questi specificatori (per es., calze, scarpe e piedi).

Caratteristiche diagnostiche

Il focus parafilico del disturbo feticistico implica l'uso ricorrente e ripetitivo o la dipendenza da oggetti inanimati o da un interesse altamente specifico per una parte del corpo (tipicamente non genitale) come elementi primari associati all'eccitazione sessuale (Criterio A). Una diagnosi di disturbo feticistico deve comprendere un disagio personale soggettivo clinicamente significativo o una compromissione del ruolo psicosociale (Criterio B). Tra i comuni oggetti feticistici sono compresi indumenti intimi femminili, calzature da uomo o da donna, articoli di gomma, abbigliamento di pelle o altri capi di vestiario. Parti del corpo altamente erotizzate associate al disturbo feticistico comprendono piedi, dita e capelli. Non è raro che i feticci sessualizzati comprendano sia oggetti inanimati sia parti del corpo (per es., calzini sporchi e piedi) e per tale ragione la definizione di disturbo feticistico ora reincorpora anche il *parzialismo* (cioè un'attenzione esclusiva per una parte del corpo). Il parzialismo, in passato considerato un disturbo di parafilia senza specificazione, era storicamente stato incluso nel feticismo precedentemente al DSM-III.

Molti individui che si riconoscono come persone che praticano il feticismo non riferiscono necessariamente compromissione clinica in associazione a comportamenti associati al feticismo. Tali individui possono essere considerati feticisti, ma non può essere loro diagnosticato un disturbo feticistico. Una diagnosi di disturbo feticistico richiede una soddisfazione concomitante di entrambi i comportamenti descritti nel Criterio A e il disagio clinicamente significativo o la compromissione del funzionamento indicati nel Criterio B.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Il disturbo feticistico può essere un'esperienza multisensoriale, che comprende l'afferrare, il toccare, l'annusare, lo strofinarsi addosso l'oggetto feticistico, o introdurlo negli orifizi durante la masturbazione, oppure preferire che un partner sessuale indossi o usi l'oggetto feticistico durante i rapporti sessuali. Alcuni individui possono realizzare ampie collezioni degli oggetti feticistici altamente desiderati.

Sviluppo e decorso

Solitamente, le parafilie hanno l'esordio durante la pubertà, ma il feticismo può svilupparsi prima dell'adolescenza. Una volta insorto, il disturbo feticistico tende ad avere un decorso continuativo che oscilla per intensità e frequenza di desideri o comportamenti.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Una conoscenza e un'analisi adeguate degli aspetti normativi del comportamento sessuale sono fattori importanti da considerare nel porre una diagnosi clinica di disturbo feticistico, e per distinguere una diagnosi clinica da un comportamento sessuale socialmente accettabile.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Nelle femmine il verificarsi del disturbo feticistico non è riportato in maniera sistematica. Nei campioni clinici, il disturbo feticistico è stato riportato quasi esclusivamente nei maschi.

Conseguenze funzionali del disturbo feticistico

Tra gli aspetti negativi connessi con il disturbo feticistico vi sono le disfunzioni che avvengono nel corso dei rapporti sessuali e che sono dovute all'indisponibilità, durante i preliminari o il coito, dell'oggetto feticistico o delle parti del corpo preferite. Alcuni individui con disturbo feticistico possono preferire l'attività sessuale solitaria associata alla/alle loro preferenza/e feticistica/che anche mentre sono coinvolti in una relazione sentimentale significativa e con un alto valore affettivo per entrambi i partner.

Anche se il disturbo feticistico è relativamente raro negli individui con parafilie arrestati per reati sessuali, i maschi con disturbo feticistico possono rubare e collezionare i loro particolari oggetti di desiderio feticistico. Questi individui vengono arrestati e accusati di comportamenti antisociali non sessuali (per es., violazione di domicilio, furto, furto con scasso) che sono motivati principalmente dal disturbo feticistico.

Diagnosi differenziale

Disturbo da travestitismo. La diagnosi più vicina al disturbo feticistico è il disturbo da travestitismo. Come osservato nei criteri diagnostici, il disturbo feticistico non è diagnosticato quando gli oggetti feticistici sono limitati a capi di abbigliamento indossati esclusivamente durante il cross-dressing (come nel disturbo da travestitismo), oppure quando l'oggetto viene usato per la stimolazione genitale perché è stato progettato per questo scopo (per es., un vibratore).

Disturbo da masochismo sessuale o altri disturbi parafilici. Il feticismo può verificarsi in concomitanza con altri disturbi parafilici, soprattutto il "sadomasochismo" e il disturbo da travestitismo. Quando un individuo fantastica o si sottopone a un "cross-dressing forzato" ed è eccitato sessualmente soprattutto dalla dominazione o dall'umiliazione associate a tale fantasia o attività ripetitiva, dovrebbe essere fatta una diagnosi di disturbo da masochismo sessuale.

Comportamento feticista senza disturbo feticistico. Usare un oggetto feticistico per l'eccitazione sessuale, senza alcuna associazione con disagio o compromissione del ruolo psicosociale o un'altra conseguenza negativa potrebbe non soddisfare i criteri diagnostici per il disturbo feticistico, poiché non verrebbe soddisfatto pienamente il Criterio B. Per esempio, a un individuo il cui partner sessuale condivide o può introdurre in modo soddisfacente nell'attività sessuale il suo interesse per accarezzare, odorare o leccare i piedi o le dita come un importante elemento dei preliminari non andrebbe diagnosticato un disturbo feticistico; altrettanto avverrebbe con un individuo che preferisce, e ciò non gli causa disagio o compromissione, un comportamento sessuale solitario associato all'indossare indumenti di gomma o stivali di pelle.

Comorbilità

Il disturbo feticistico può verificarsi in concomitanza con altri disturbi parafilici così come con l'ipersessualità. Raramente, il disturbo feticistico può essere associato a condizioni neurologiche.

Disturbo da travestitismo 302.3 (F65.1)

Criteri diagnostici

A. Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dal cross-dressing, cioè dall'indossare indumenti del sesso opposto.

B. Le fantasie, i desideri o i comportamenti sessuali causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se:

Con feticismo: Se eccitato sessualmente da tessuti, materiali o indumenti.

Con autoginefilia: Se eccitato sessualmente da pensieri o immagini di sé come femmina.

Specificare se:

In ambiente controllato: Questo specificatore è applicabile principalmente a individui che vivono in ambienti istituzionali o ambienti dove le possibilità di indossare indumenti del sesso opposto sono limitate.

In remissione completa: Non vi è stato alcun disagio o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti per almeno 5 anni e in ambiente non controllato.

Specificatori

La presenza di feticismo diminuisce la probabilità di disforia di genere negli uomini con disturbo da travestitismo. La presenza di autoginefilia aumenta la probabilità di disforia di genere negli uomini con disturbo da travestitismo.

Caratteristiche diagnostiche

La diagnosi di disturbo da travestitismo non si applica a tutti gli individui che si vestono come il sesso opposto, nemmeno a quelli che lo fanno abitualmente. Si applica agli individui in cui il cross-dressing o i pensieri sul cross-dressing sono sempre o spesso accompagnati da eccitazione sessuale (Criterio A) e che, a causa di questo pattern, provano disagio emotivo o sentono che ciò compromette il loro funzionamento sociale o interpersonale (Criterio B). Il cross-dressing può implicare solo uno o due capi di abbigliamento (per es., negli uomini, può riguardare solo gli indumenti intimi femminili) o può riguardare tutto il modo di vestire, sia gli indumenti intimi sia gli abiti dell'altro sesso e (nei maschi) può comprendere l'uso di make-up e parrucche femminili. Il disturbo da travestitismo è riferito quasi esclusivamente nei maschi. L'eccitazione sessuale, nella sua forma più evidente di erezione del pene, può verificarsi in concomitanza con il travestimento, in vari modi. Nei maschi più giovani, il cross-dressing spesso porta alla masturbazione, dopo la quale tutti gli abiti femminili vengono tolti. Spesso i maschi più anziani imparano a evitare di masturbarsi o a non stimolare il pene in modo da evitare l'eiaculazione, cosa che permette loro di prolungare le pratiche di cross-dressing. I maschi con partner femminili a volte portano a termine pratiche di cross-dressing con un rapporto sessuale con la partner, e alcuni di essi hanno difficoltà, senza il cross-dressing (o fantasie segrete di cross-dressing), a mantenere un'erezione adeguata a un rapporto.

La valutazione clinica di disagio o compromissione, come la valutazione clinica di eccitazione sessuale da travestimento, di solito dipende da ciò che viene riferito dallo stesso individuo. Il pattern di comportamento "disfare e rifare" spesso è un segno di disagio negli individui con disturbo da travestitismo. Nel corso di questo pattern comportamentale, un individuo (di solito un uomo) che ha speso molto denaro in vestiti e altri capi d'abbigliamento da donna (per es., scarpe, parrucche) getta via le cose (cioè se ne disfa), nello sforzo di superare i desideri di cross-dressing, e poi comincia a rifarsi daccapo il guardaroba da donna.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Nei maschi, il disturbo da travestitismo è spesso accompagnato da *autoginefilia* (cioè una tendenza parafilica maschile a essere sessualmente eccitato dal pensarsi o dal vedersi come donna). Le fantasie e i comportamenti autoginefilici possono focalizzarsi sull'idea di esibire caratteristiche fisiologiche femminili (per es., allattamento, mestruazioni), di intraprendere azioni femminili stereotipate (per es., lavorare a maglia) o avere un'anatomia femminile (per es., i seni).

Prevalenza

La prevalenza del disturbo da travestitismo è sconosciuta. Il disturbo da travestitismo è raro nei maschi ed estremamente raro nelle femmine. Meno del 3% dei maschi riferisce di aver provato eccitazione sessuale indossando abbigliamento da donna. La percentuale di individui che hanno fatto cross-dressing con eccitazione sessuale più di una volta o un po' di volte nel corso della loro vita sarebbe ancora inferiore. La maggior parte dei maschi con disturbo da travestitismo si considera eterosessuale, anche se alcuni individui hanno rapporti sessuali occasionali con altri maschi, soprattutto mentre indossano indumenti del sesso opposto.

Sviluppo e decorso

Nei maschi, i primi segnali di disturbo da travestitismo possono iniziare durante l'infanzia, nella forma di forte attrazione per un particolare capo di abbigliamento da donna. Prima della pubertà, il cross-dressing produce una generale sensazione di piacevole eccitazione. Con l'arrivo della pubertà, indossare abiti da donna inizia a stimolare l'erezione del pene e, in alcuni casi, porta direttamente alla prima eiaculazione. In molti casi, man mano che l'individuo cresce il cross-dressing stimola sempre meno l'eccitazione sessuale; e alla fine può non generare alcuna risposta visibile del pene. Contemporaneamente, il desiderio di indossare indumenti del sesso opposto rimane immutato o cresce ancora più forte. Gli individui che riportano una tale diminuzione della risposta sessuale tipicamente riferiscono che l'eccitazione sessuale da cross-dressing è stata sostituita da sensazioni di comodità o benessere.

In alcuni casi, il decorso del disturbo da travestitismo è cronico, in altri è episodico. Non è raro che gli uomini con disturbo da travestitismo perdano interesse per il cross-dressing quando per la prima volta si innamorano di una donna e cominciano una relazione, ma tale riduzione si rivela di solito temporanea. Quando torna il desiderio di travestirsi, si ripresenta anche il disagio associato.

Alcuni casi di disturbo da travestitismo si trasformano in disforia di genere. In tali casi i maschi, che possono non essere distinguibili da altri che nell'adolescenza o nella prima infanzia presentano un disturbo da travestitismo, sviluppano gradualmente il desiderio di rimanere nel ruolo femminile per periodi più lunghi e di femminilizzare la loro anatomia. Lo sviluppo della disforia di genere è di solito accompagnato da riduzione o scomparsa dell'eccitazione sessuale (autoriferita) associata al cross-dressing.

La manifestazione del travestitismo attraverso l'erezione e la stimolazione del pene, come la manifestazione degli altri interessi sessuali parafilici come normofilici, è più intensa nel corso dell'adolescenza e nella prima età adulta. La gravità del disturbo da travestitismo è maggiore nell'età adulta, quando è più probabile che gli impulsi a travestirsi entrino in conflitto con la prestazione nei rapporti sessuali eterosessuali e col desiderio di sposarsi e di formare una famiglia. È meno probabile che gli uomini di mezza età e più anziani, con una storia di travestitismo, manifestino un disturbo da travestitismo piuttosto che una disforia di genere.

Conseguenze funzionali del disturbo da travestitismo

Impegnarsi in comportamenti di travestitismo può interferire con, o ridurre, le relazioni eterosessuali. Questo può essere una fonte di disagio per gli uomini che desiderano impegnarsi in matrimoni convenzionali o relazioni sentimentali con delle donne.

Diagnosi differenziale

Disturbo feticistico. Questo disturbo può assomigliare al disturbo da travestitismo, in particolare negli uomini feticisti che indossano indumenti intimi femminili masturbandosi con essi. La distinzione con il disturbo da travestitismo dipende dagli specifici pensieri dell'individuo durante tale attività (per es., vi sono idee di essere una donna, di essere come una donna o di essere vestito da donna?) e dalla presenza di altri feticci (per es., tessuti morbidi o setosi, se questi sono utilizzati negli indumenti intimi o per qualcos'altro).

Disforia di genere. Gli individui con disturbo da travestitismo non riferiscono un'incongruenza tra il genere esperito e il genere assegnato, né il desiderio di essere del genere opposto; e tipicamente non hanno una storia di comportamenti legati al sesso opposto durante l'infanzia, che invece sarebbero stati presenti negli individui con disforia di genere. Agli individui che presentino tutti i criteri sia per il disturbo da travestitismo sia per la disforia di genere dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi.

Comorbilità

Il travestitismo (e quindi il disturbo da travestitismo) è spesso rilevato in associazione con altre parafilie. Le parafilie più comunemente in concomitanza sono il feticismo e il masochismo. Una forma particolarmente pericolosa di masochismo, l'*asfissia autoerotica*, è associata al travestitismo in una considerevole proporzione di casi con esito fatale.

Disturbo parafilico con altra specificazione 302.89 (F65.89)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo parafilico, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi parafilici. La categoria di disturbo parafilico con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo parafilico. Questo viene fatto registrando "disturbo parafilico con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "zoofilia").

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" comprendono, ma non si limitano a, l'eccitazione sessuale ricorrente e intensa derivante da *scatologia telefonica* (telefonate oscene), *necrofilia* (cadaveri), *zoofilia* (animali), *coprofilia* (feci), *clismafilia* (clisteri) o *urofilia* (urine) che è stata presente per almeno 6 mesi e causa notevole disagio o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Il disturbo parafilico con altra specificazione può essere specificato come in remissione e/o se si verifica in un ambiente controllato.

Disturbo parafilico senza specificazione 302.9 (F65.9)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo parafilico, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi parafilici. La categoria disturbo parafilico senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per un disturbo parafilico specifico non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Altri disturbi mentali

In questo capitolo sono inclusi quattro disturbi: disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica con altra specificazione; disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica senza specificazione; disturbo mentale con altra specificazione; e disturbo mentale senza specificazione. Tale categoria residua si applica a manifestazioni in cui predominano sintomi caratteristici di un disturbo mentale che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, ma non soddisfano pienamente i criteri per nessun altro disturbo del DSM-5. Per i disturbi mentali dovuti a un'altra condizione medica con altra specificazione e senza specificazione deve essere stabilito che il disturbo è causato dagli effetti fisiologici di un'altra condizione medica. Se i disturbi mentali con altra specificazione e senza specificazione sono dovuti a un'altra condizione medica, è necessario codificare ed elencare per prima la condizione medica (per es., 042 [B20] infezione da HIV), seguita dal disturbo mentale con altra specificazione o senza specificazione (usare il codice appropriato).

Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica con altra specificazione 294.8 (F06.8)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica. La categoria disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica. Questo viene fatto registrando il nome del disturbo, con la condizione medica eziologica specifica inserita al posto di "un'altra condizione medica", seguita dalla specifica manifestazione sintomatica che non soddisfa i criteri per nessun disturbo mentale specifico dovuto a un'altra condizione medica. Inoltre, il codice diagnostico per la specifica condizione medica deve essere elencato immediatamente prima del codice per il disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica con altra specificazione. Per esempio, sintomi dissociativi dovuti a crisi epilettiche parziali complesse dovrebbero essere codificati e registrati come 345.40 (G40.209) crisi epilettiche parziali complesse, 294.8 (F06.8) disturbo mentale con altra specificazione dovuto a crisi epilettiche parziali complesse, sintomi dissociativi.

Un esempio di manifestazione che può essere specificata usando la denominazione "con altra specificazione" è il seguente:

Sintomi dissociativi: Ciò include sintomi che si verificano, per esempio, nel contesto di crisi epilettiche parziali complesse.

Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica senza specificazione 294.9 (F09)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per per nessuno specifico disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica. La categoria disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso). Questo viene fatto registrando il nome del disturbo, con la condizione medica eziologica specifica inserita al posto di "un'altra condizione medica". Inoltre, il codice diagnostico per la specifica condizione medica deve essere elencato immediatamente prima del codice per disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica senza specificazione. Per esempio, sintomi dissociativi dovuti a crisi epilettiche parziali complesse dovrebbero essere codificati e registrati come 345.40 (G40.209) crisi epilettiche parziali complesse, 294.9 (F06.9) disturbo mentale senza specificazione dovuto a crisi epilettiche parziali complesse.

Disturbo mentale con altra specificazione 300.9 (F99)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo mentale, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo mentale. La categoria disturbo mentale con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo mentale. Questo viene fatto registrando "disturbo mentale con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica.

Disturbo mentale senza specificazione 300.9 (F99)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo mentale, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo mentale. La categoria disturbo mentale senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo mentale non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

Disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci

I disturbi del movimento indotti da farmaci sono stati inclusi nella Sezione II data la loro frequente rilevanza 1) nella gestione farmacologica di disturbi mentali o altre condizioni mediche generali e 2) nella diagnosi differenziale dei disturbi mentali (per es., disturbo d'ansia versus acatisia indotta da neurolettici; catatonia maligna versus sindrome maligna da neurolettici). Sebbene questi disturbi del movimento siano definiti "indotti da farmaci", è spesso difficile stabilire la relazione causale tra l'esposizione ai farmaci e lo sviluppo di un disturbo del movimento, proprio perché alcuni di questi disturbi del movimento insorgono anche in assenza di esposizione ai farmaci. Le condizioni e i problemi elencati in questo capitolo non sono disturbi mentali.

Il termine *neurolettico* sta diventando obsoleto in quanto evidenzia la tendenza dei farmaci antipsicotici a causare movimenti anomali ed è stato sostituito con il termine *antipsicotico* in molti contesti. Tuttavia, il termine *neurolettico* rimane adeguato in questo contesto. Sebbene possa essere meno probabile che i farmaci antipsicotici più recenti causino alcuni disturbi del movimento indotti da farmaci, tali disturbi si manifestano ancora. I neurolettici includono: gli agenti antipsicotici cosiddetti convenzionali, "tipici" o di prima generazione (per es., clorpromazina, aloperidolo, flufenazina); gli agenti antipsicotici "atipici" o di seconda generazione (per es., clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina); alcuni farmaci antagonisti del recettore della dopamina usati nel trattamento di sintomi come nausea e gastroparesi (per es., proclorperazina, prometazina, trimetobenzamide, tietilperazina e metoclopramide); e l'amoxapina, che è commercializzata come antidepressivo.

Parkinsonismo indotto da neurolettici
Parkinsonismo indotto da altri farmaci

332.1 (G21.11) **Parkinsonismo indotto da neurolettici**

332.1 (G21.19) **Parkinsonismo indotto da altri farmaci**

Tremori di tipo parkinsoniano, rigidità muscolare, acinesia (cioè perdita del movimento o difficoltà a intraprendere un movimento) o bradicinesia (cioè rallentamento del movimento) che si sviluppano entro poche settimane dall'inizio dell'assunzione o dall'aumento del dosaggio di un farmaco (per es., neurolettico) o dopo la riduzione del dosaggio di un farmaco usato per trattare sintomi extrapiramidali.

Sindrome maligna da neurolettici

333.92 (G21.0) Sindrome maligna da neurolettici

Anche se la sindrome maligna da neurolettici viene facilmente riconosciuta nella sua classica forma conclamata, di solito ha un esordio, una manifestazione, una progressione e un esito eterogenei. Le caratteristiche cliniche descritte sotto sono quelle ritenute più importanti, secondo indicazioni unanimi, per effettuare la diagnosi di sindrome maligna da neurolettici.

Caratteristiche diagnostiche

Generalmente, i pazienti sono stati esposti a un antagonista della dopamina entro le 72 ore precedenti lo sviluppo dei sintomi. L'ipertermia (>100,4 °F o >38 °C, misurata oralmente, in almeno due occasioni), associata a profusa diaforesi, è una caratteristica discriminante della sindrome maligna da neurolettici, che la distingue da altri effetti collaterali neurologici dei farmaci antipsicotici. Innalzamenti estremi della temperatura, che riflettono un mal funzionamento della termoregolazione centrale, supportano più probabilmente una diagnosi di sindrome maligna da neurolettici. La rigidità generalizzata, descritta come "tubo di piombo" nella sua forma più grave e solitamente insensibile ad agenti antiparkinsoniani, è una caratteristica fondamentale del disturbo e può essere associata ad altri sintomi neurologici (per es., tremore, scialorrea, acinesia, distonia, trisma, mioclono, disartria, disfagia, rabdomilosi). Viene osservato frequentemente un innalzamento della creatinchinasi di almeno quattro volte rispetto al limite superiore della norma. Le modificazioni dello stato mentale, caratterizzate da delirium o alterazione della coscienza che variano dallo stupor al coma, sono spesso un segno precoce. Gli individui che ne sono affetti possono apparire vigili, ma storditi e insensibili, in linea con lo stupor catatonico. L'attivazione e l'instabilità del sistema nervoso autonomo – manifestate da tachicardia (tassi >25% al di sopra dello standard), diaforesi, innalzamento della pressione sanguigna (sistolica o diastolica ≥25% al di sopra dello standard) o fluttuazione (≥20 mmHg di variazione diastolica o ≥25mmHg di variazione sistolica entro 24 ore), incontinenza urinaria e pallore – possono essere osservate in qualunque momento ma forniscono un indizio precoce per la diagnosi. La tachipnea (tasso >50% al di sopra dello standard) è comune, e la sofferenza respiratoria – che risulta da acidosi metabolica, ipermetabolismo, restringimento della parete toracica, polmonite ab ingestis o embolia polmonare – può verificarsi e portare a improvviso arresto respiratorio.

È essenziale un check up, comprensivo di indagini di laboratorio, per escludere altre eziologie o complicazioni infettive, tossiche, metaboliche e neuropsichiatriche (si veda il successivo paragrafo "Diagnosi differenziale"). Anche se alcune anomalie di laboratorio sono associate alla sindrome maligna da neurolettici, nessuna singola anomalia è specifica per la diagnosi. Gli individui con sindrome maligna da neurolettici possono presentare leucocitosi, acidosi metabolica, ipossia, diminuzione delle concentrazioni sanguigne di ferro, e aumento degli enzimi muscolari e delle catecolamine nel siero. I risultati delle analisi del fluido cerebrospinale e degli esami di neuroimaging sono generalmente normali, mentre l'elettroencefalografia mostra un rallentamento generalizzato. Nei casi fatali, i risultati dell'esame autoptico sono stati aspecifici e variabili, a seconda delle complicanze.

Sviluppo e decorso

Evidenze provenienti da studi di database suggeriscono tassi di prevalenza per la sindrome maligna intorno allo 0,01-0,02% tra individui trattati con antipsicotici. La progressione temporale di segni e sintomi fornisce importanti indizi per la diagnosi e la prognosi della sindrome maligna da neurolettici. L'alterazione dello stato mentale e altri segni neurologici precedono tipicamente i segni sistemici. L'insorgenza dei sintomi varia da ore a giorni dopo la prima assunzione del farmaco. Alcuni casi si sviluppano entro 24 ore dall'inizio dell'assunzione del farmaco, la maggior parte entro la prima settimana, e praticamente tutti i casi entro 30 giorni. Una volta che la sindrome è stata diagnosticata e sono stati sospesi i farmaci antipsicotici orali, la sindrome maligna da neurolettici regredisce spontaneamente nella maggior parte dei casi. Il periodo medio di guarigione successivo alla sospensione del farmaco è di 7-10 giorni, la maggior parte degli individui recupera entro una settimana e quasi tutti entro 30 giorni. La durata può essere protratta quando sono implicati antipsicotici ad azione prolungata. Sono stati riportati casi in cui vi è stata una persistenza dei segni neurologici residui per settimane dopo che i sintomi ipermetabolici acuti si erano risolti. Nella maggior parte dei casi di sindrome maligna da neurolettici può essere ottenuta la totale risoluzione dei sintomi; tuttavia sono stati riportati tassi di mortalità del 10-20% quando il disturbo non è stato riconosciuto. Anche se molti individui non presentano una ricomparsa della sindrome maligna da neurolettici quando vengono sottoposti nuovamente a trattamento con farmaci antipsicotici, ad alcuni accade, soprattutto se gli antipsicotici vengono reintrodotti poco dopo un episodio.

Fattori di rischio e prognosi

La sindrome maligna da neurolettici è un potenziale rischio in qualsiasi individuo che abbia assunto farmaci antipsicotici. Non è specifica per alcuna diagnosi neuropsichiatrica e può verificarsi anche in individui senza un disturbo mentale diagnosticabile che ricevano antagonisti della dopamina. I fattori clinici, sistemici e metabolici associati a un aumentato rischio di sindrome maligna da neurolettici includono agitazione, spossatezza, disidratazione e carenza di ferro. Un precedente episodio associato ad antipsicotici è stato descritto nel 15-20% dei casi indice, suggerendo una sottostante vulnerabilità in alcuni individui; tuttavia, i risultati degli studi genetici basati sui polimorfismi dei recettori dei neurotrasmettitori non sono stati replicati in modo coerente.

Quasi tutti gli antagonisti della dopamina sono stati associati alla sindrome maligna da neurolettici, sebbene gli antipsicotici ad alta potenza rappresentino un rischio maggiore rispetto agli agenti a bassa potenza e ai nuovi antipsicotici atipici. Le forme parziali o più lievi possono essere associate agli antipsicotici di nuova generazione, ma la gravità della sindrome maligna da neurolettici è variabile anche con i farmaci di vecchia generazione. Anche gli antagonisti della dopamina usati nei contesti medici (per es., metoclopramide, proclorperazina) sono risultati implicati. L'assunzione per via parenterale, i tassi di titolazione rapida e maggiori dosaggi complessivi del farmaco sono stati associati a un aumentato rischio; tuttavia, la sindrome maligna da neurolettici si verifica di solito entro i range di dosaggio terapeutico degli antipsicotici.

Diagnosi differenziale

La sindrome maligna da neurolettici deve essere distinta da altre gravi condizioni neurologiche o mediche, tra cui infezioni del sistema nervoso centrale, condizioni infiam-

matorie o autoimmuni, stati epilettici, lesioni strutturali sottocorticali e condizioni sistemiche (per es., feocromocitoma, tireotossicosi, tetano, colpo di calore).

La sindrome maligna da neurolettici deve anche essere distinta da sindromi simili risultanti dall'uso di altre sostanze o farmaci, come sindrome da serotonina, sindrome parkinsoniana con iperpiressia a seguito dell'interruzione improvvisa di agonisti della dopamina; astinenza da alcol o sedativi; ipertermia maligna che si verifica durante l'anestesia; ipertermia associata ad abuso di stimolanti e allucinogeni; e avvelenamento da atropina dovuta ad anticolinergici.

In rari casi, gli individui con schizofrenia o con un disturbo dell'umore possono presentare catatonia maligna, che può essere indistinguibile dalla sindrome maligna da neurolettici. Alcuni ricercatori considerano la sindrome maligna da neurolettici una forma di catatonia maligna indotta da farmaci.

Distonia acuta indotta da farmaci

333.72 (G24.02) Distonia acuta indotta da farmaci

Anomala e prolungata contrazione dei muscoli degli occhi (crisi oculogira), della testa, del collo (torcicollo o retrocollo), degli arti o del tronco, che si sviluppa entro pochi giorni dall'inizio o dall'aumento del dosaggio di un farmaco (come un neurolettico) oppure dopo la riduzione del dosaggio di un farmaco usato per trattare sintomi extrapiramidali.

Acatisia acuta indotta da farmaci

333.99 (G25.71) Acatisia acuta indotta da farmaci

Lamentele soggettive di irrequietezza, spesso accompagnate da movimenti eccessivi osservabili (per es., irrequietezza delle gambe, dondolamento da un piede all'altro, camminare avanti e indietro, incapacità di sedersi o di stare fermi), che si sviluppano entro poche settimane dall'inizio o dall'aumento del dosaggio di un farmaco (come un neurolettico) oppure dopo la riduzione del dosaggio di un farmaco usato per trattare sintomi extrapiramidali.

Discinesia tardiva

333.85 (G24.01) Discinesia tardiva

Movimenti involontari atetosici o coreici (che durano da alcune settimane) generalmente della lingua, della parte inferiore del viso e della mascella, e delle estremità (ma a volte coinvolge i muscoli faringei, diaframmatici o del tronco) che si sviluppano in associazione all'uso di un farmaco neurolettico per almeno alcuni mesi.

Negli anziani i sintomi possono svilupparsi dopo un periodo più breve di uso del farmaco. In alcuni pazienti, movimenti di questo tipo possono comparire dopo la sospensione, o dopo un cambiamento o una riduzione del dosaggio, di farmaci neurolettici, nel qual caso la condizione è chiamata discinesia da astinenza da neurolettici. Dato che la discinesia da astinenza è solitamente limitata nel tempo, durando meno di 4-8 settimane, la discinesia che persiste oltre questa finestra temporale è considerata discinesia tardiva.

Distonia tardiva
Acatisia tardiva

333.72 (G24.09) Distonia tardiva

333.99 (G25.71) Acatisia tardiva

Sindromi tardive che coinvolgono altri tipi di problemi del movimento, come la distonia o l'acatisia, che si distinguono per la loro insorgenza tardiva nel corso del trattamento e per la potenziale persistenza per mesi o anni, anche a fronte della sospensione o della riduzione del dosaggio del neurolettico.

Tremore posturale indotto da farmaci

333.1 (G25.1) Tremore posturale indotto da farmaci

Tremore fine (di solito nel range di 8-12 Hz) che insorge durante il tentativo di mantenere una postura e si sviluppa in associazione all'uso di farmaci (per es., litio, antidepressivi, valproato). Questo tremore è molto simile al tremore osservato nell'ansia, in associazione alla caffeina e ad altri stimolanti.

Altri disturbi del movimento indotti da farmaci

333.99 (G25.79) Altri disturbi del movimento indotti da farmaci

Questa categoria si utilizza per disturbi del movimento indotti da farmaci non riconducibili a nessuno dei disturbi specifici sopra elencati. Gli esempi includono 1) manifestazioni che assomigliano alla sindrome maligna da neurolettici che sono associate a farmaci diversi dai neurolettici e 2) altre condizioni tardive indotte da farmaci.

Sindrome da discontinuità degli antidepressivi

995.29 (T43.205A) Primo intervento

995.29 (T43.205D) Interventi successivi

995.29 (T43.205S) Sequele

La sindrome da discontinuità degli antidepressivi è un set di sintomi che possono verificarsi successivamente alla sospensione improvvisa (oppure marcata riduzione del dosaggio) di un farmaco antidepressivo che è stato assunto in modo continuativo per almeno un mese. I sintomi iniziano di solito entro 2-4 giorni e includono tipicamente specifiche manifestazioni sensoriali, somatiche e cognitivo-emozionali. I sintomi sensoriali e somatici riportati frequentemente includono flash di luci, sensazioni di "scosse elettriche", nausea, ipersensibilità a rumori e luci. Possono essere riferiti anche ansia non specifica e sentimenti di paura. I sintomi sono alleviati dalla ripresa del medesimo farmaco oppure dall'assunzione di un farmaco differente che abbia un meccanismo d'azione simile – per esempio, i sintomi da sospensione successivi all'astinenza da un inibitore della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina possono essere alleviati attraverso l'assunzione di un antidepressivo triciclico. Per qualificarsi come sindrome da discontinuità degli antidepressivi, i sintomi non dovrebbero essere stati presenti prima della riduzione del dosaggio dell'anti-

depressivo e non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale (per es., episodio maniacale o ipomaniacale, intossicazione da sostanze, astinenza da sostanze, disturbo da sintomi somatici).

Caratteristiche diagnostiche

I sintomi da sospensione possono verificarsi a seguito di un trattamento con antidepressivi triciclici (per es., imipramina, amitriptilina, desipramina), inibitori della ricaptazione della serotonina (per es., fluoxetina, paroxetina, sertralina) e inibitori delle monoaminossidasi (per es., fenelzina, selegilina, pargilina). L'incidenza di questa sindrome dipende dal dosaggio e dall'emivita del farmaco assunto, così come dal tasso con il quale il farmaco è stato progressivamente ridotto. Il rischio maggiore è rappresentato dai farmaci ad azione rapida che vengono sospesi all'improvviso anziché ridotti gradualmente. La paroxetina, inibitore della ricaptazione della serotonina ad azione rapida (SSRI), è l'agente più comunemente associato ai sintomi da sospensione, ma tali sintomi si verificano con tutti i tipi di antidepressivi.

Al contrario delle sindromi da astinenza associate a oppioidi, alcol e altre sostanze di abuso, la sindrome da discontinuità degli antidepressivi non ha sintomi patognomonici. Invece, i sintomi tendono a essere vaghi e variabili e iniziano tipicamente 2-4 giorni dopo l'ultima dose di antidepressivo. Per i SSRI (per es., paroxetina) sono descritti sintomi come vertigini, ronzio nelle orecchie, "scosse elettriche alla testa", incapacità di dormire e ansia acuta. L'uso di antidepressivi prima della sospensione non deve aver causato ipomania o euforia (cioè dovrebbe esservi la sicurezza che la sindrome da sospensione non è il risultato di fluttuazioni nella stabilità dell'umore associate al precedente trattamento). La sindrome da discontinuità degli antidepressivi si basa unicamente su fattori farmacologici e non è correlata con gli effetti rinforzanti di un antidepressivo. Inoltre, nel caso di effetto stimolante da parte di un antidepressivo, la brusca interruzione può portare a sintomi di astinenza da stimolante (si veda "Astinenza da stimolanti" nel capitolo "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction") piuttosto che alla sindrome da discontinuità degli antidepressivi qui descritta.

Prevalenza

La prevalenza della sindrome da discontinuità degli antidepressivi è sconosciuta, ma si ritiene che sia variabile in base al dosaggio precedente alla sospensione, all'emivita e all'affinità di legame recettoriale del farmaco, e infine alla capacità geneticamente influenzata dell'individuo di metabolizzare il farmaco.

Sviluppo e decorso

A causa della mancanza di studi longitudinali, si sa poco sul decorso clinico della sindrome da discontinuità degli antidepressivi. I sintomi sembrano diminuire nel tempo con riduzioni del dosaggio molto graduali. A seguito di un episodio, alcuni individui preferiscono riassumere il farmaco indefinitamente, se ben tollerato.

Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale della sindrome da discontinuità degli antidepressivi include disturbi d'ansia e disturbi depressivi, disturbi da uso di sostanze e tolleranza ai farmaci.

Disturbi d'ansia e disturbi depressivi. I sintomi da sospensione assomigliano spesso ai sintomi di un disturbo d'ansia persistente oppure a un ritorno dei sintomi somatici della depressione per i quali era stato inizialmente prescritto il farmaco.

Disturbi da uso di sostanze. La sindrome da discontinuità degli antidepressivi differisce dall'astinenza da sostanze in quanto gli antidepressivi stessi non hanno effetti rinforzanti o euforici. Di solito, il dosaggio del farmaco non è stato aumentato senza l'autorizzazione del clinico e l'individuo generalmente non assume comportamenti di ricerca del farmaco per ottenere ulteriori somministrazioni. Non sono soddisfatti i criteri per un disturbo da uso di sostanze.

Tolleranza ai farmaci. La tolleranza e i sintomi da sospensione possono verificarsi come normale risposta fisiologica alla sospensione di farmaci dopo una durata considerevole di esposizione. La maggior parte dei casi di tolleranza ai farmaci può essere gestita attraverso un attento scalaggio controllato.

Comorbilità

Tipicamente, all'individuo è stato inizialmente somministrato un farmaco per un disturbo depressivo maggiore; i sintomi iniziali possono ripresentarsi durante la sindrome da discontinuità degli antidepressivi.

Altre reazioni avverse ai farmaci

995.20 (T50.905A) **Primo intervento**
995.20 (T50.905D) **Interventi successivi**
995.20 (T50.905S) **Sequele**

Questa categoria è disponibile per l'esigenza eventuale dei clinici di codificare gli effetti collaterali (diversi da sintomi di motilità) quando questi effetti collaterali divengono l'oggetto principale dell'attenzione clinica. Gli esempi includono grave ipotensione, aritmie cardiache e priapismo.

Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica

Questo capitolo comprende altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica oppure che possono altrimenti influenzare la diagnosi, il decorso, la prognosi o il trattamento di un disturbo mentale di un paziente. Queste condizioni sono presentate con i loro corrispondenti codici ICD-9-CM (solitamente codici V) e ICD-10-CM (solitamente codici Z). In questo capitolo una condizione o un problema possono essere codificati se costituiscono una ragione per l'attuale visita oppure se aiutano a spiegare la necessità di un test, una procedura o un trattamento. Le condizioni e i problemi in questo capitolo possono anche essere compresi nella registrazione medica come utili informazioni sulle circostanze che possono influenzare la cura del paziente, a prescindere dalla loro rilevanza nell'attuale visita.

Le condizioni e i problemi elencati in questo capitolo non sono disturbi mentali. La loro inclusione nel DSM-5 ha lo scopo di attirare l'attenzione sulla portata di ulteriori questioni che si possono incontrare nella pratica clinica di routine e di fornire un elenco sistematico che può essere utile ai clinici nel documentare tali questioni.

Problemi relazionali

Le relazioni più importanti, specialmente relazioni intime tra partner adulti e relazioni genitore/caregiver-bambino, hanno un impatto significativo sulla salute degli individui in queste relazioni. Tali relazioni possono essere protettive e promotrici di salute, neutrali, oppure dannose per gli esiti della salute. All'eccesso, queste relazioni strette possono essere associate a maltrattamento o a trascuratezza, che hanno conseguenze significative a livello psicologico e medico per l'individuo coinvolto. Un problema può arrivare a presentarsi all'attenzione clinica sia come la ragione per la quale l'individuo richiede assistenza sanitaria oppure come un problema che influenza il decorso, la prognosi, oppure il trattamento del disturbo mentale o di un altro disturbo medico dell'individuo.

Problemi correlati all'allevamento dei figli

V61.20 (Z62.820) **Problema relazionale genitore-bambino**

Per questa categoria, il termine *genitore* viene utilizzato per riferirsi a uno dei caregiver primari del bambino, che può essere biologico, adottivo o genitore affidatario, oppure può essere un altro parente (come un/a nonno/a) che adempie al ruolo genitoriale per

il bambino. Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando il principale oggetto di attenzione clinica è indirizzare la qualità della relazione genitore-bambino oppure quando la qualità della relazione genitore-bambino influenza il decorso, la prognosi o il trattamento di un disturbo mentale o medico. Tipicamente, il problema relazionale genitore-bambino viene associato a una compromissione del funzionamento in ambito comportamentale, cognitivo o affettivo. Esempi di problemi comportamentali comprendono inadeguato controllo genitoriale, supervisione e coinvolgimento del bambino; iperprotezione genitoriale; eccessiva pressione genitoriale; discussioni che possono sfociare in minacce di violenza fisica ed evitamento senza soluzione dei problemi. Problemi cognitivi possono comprendere attribuzioni negative alle intenzioni altrui, ostilità verso gli altri, o rendere gli altri il capro espiatorio, e sentimenti non giustificati di alienazione. Problemi affettivi possono comprendere sensazioni di tristezza, apatia o rabbia verso gli altri individui nelle relazioni. I clinici dovrebbero tenere in considerazione le necessità di sviluppo del bambino e il contesto culturale.

V61.8 (Z62.891) **Problema relazionale tra fratelli**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando l'oggetto di attenzione clinica è una modalità di interazione tra fratelli che è associata a compromissione significativa del funzionamento individuale o familiare o a sviluppo di sintomi in uno o più dei fratelli, oppure quando un problema relazionale tra fratelli influenza il decorso, la prognosi o il trattamento di un disturbo mentale o un altro disturbo medico di un fratello. Questa categoria può essere utilizzata sia per i bambini sia per gli adulti se l'oggetto dell'attenzione è la relazione tra fratelli. I fratelli in questo contesto comprendono fratelli di sangue, fratellastri, sorellastre, fratelli affidatari e fratelli e sorelle adottivi.

V61.8 (Z62.29) **Allevamento lontano dai genitori**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando il principale oggetto di attenzione clinica pertiene a questioni riguardanti un bambino che è cresciuto lontano dai genitori oppure quando questa educazione separata influenza il decorso, la prognosi o il trattamento di un disturbo mentale o un altro disturbo medico. Il bambino potrebbe essere sotto la custodia dello Stato e dato in cura a parenti consanguinei o in affidamento. Il bambino può anche vivere in casa di un parente non genitoriale, oppure con amici, ma la sua collocazione fuori casa non è stata ordinata o autorizzata dai giudici. Sono inoltre compresi problemi correlati a un bambino che vive in una casa-famiglia o in orfanotrofio. Questa categoria esclude questioni correlate a V60.6 (Z59.3) bambini che vivono nei collegi.

V61.29 (Z62.898) **Effetti negativi del disagio relazionale dei genitori sul bambino**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando l'oggetto di attenzione clinica sono gli effetti negativi della discordia nella relazione genitoriale (per es., alti livelli di conflitto, disagio o denigrazione) su un bambino in famiglia e comprende gli effetti sul disturbo mentale o su un altro disturbo medico del bambino.

Altri problemi correlati al gruppo di sostegno primario

V61.10 (Z63.0) **Disagio relazionale con il/la coniuge o con il/la partner**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando il principale oggetto del contatto clinico è indirizzare alla qualità della relazione intima (con il/la coniuge o con il/la partner) oppure quando la qualità di tale relazione influenza il decorso, la prognosi o il trattamento di un disturbo mentale o di un altro disturbo medico. I partner possono essere dello stesso genere o di generi differenti. Tipicamente, il disagio relazionale è

associato a una compromissione del funzionamento comportamentale, cognitivo o affettivo. Esempi di problemi comportamentali comprendono difficoltà di soluzione dei conflitti, ritiro ed eccessivo coinvolgimento. I problemi cognitivi possono manifestarsi come attribuzioni negative croniche alle intenzioni altrui o rifiuto dei comportamenti positivi del/della partner. Problemi affettivi possono comprendere tristezza cronica, apatia e/o rabbia nei confronti del/della partner.

Nota: Questa categoria esclude interventi clinici per V61.1x (Z69.1x) servizi di salute mentale per problemi coniugali o di abuso del/della partner e V65.49 (Z70.9) consulenza sessuale.

V61.03 (Z63.5) **Disgregazione della famiglia a causa di separazione o divorzio**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando i partner di una coppia intima adulta vivono separatamente a causa di problemi relazionali o sono in procinto di divorziare.

V61.8 (Z63.8) **Alto livello di emozioni espresse all'interno della famiglia**
L'espressione emotiva è un costrutto utilizzato come misura qualitativa della "quantità" di emozioni – in particolare, ostilità, eccessivo coinvolgimento emozionale e critica diretta verso un membro della famiglia che è un paziente identificato – mostrate nell'ambiente familiare. Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando un alto livello di espressione emotiva in una famiglia è l'oggetto di attenzione clinica oppure influenza il decorso, la prognosi o il trattamento di un disturbo mentale o un altro disturbo medico di un membro della famiglia.

V62.82 (Z63.4) **Lutto non complicato**
Questa categoria può essere utilizzata quando l'oggetto di attenzione clinica è una normale reazione alla morte di una persona amata. Come parte della loro reazione a una tale perdita, alcuni individui in lutto presentano sintomi caratteristici di un episodio depressivo maggiore – per esempio, sentimenti di tristezza e sintomi associati come insonnia, scarso appetito e perdita di peso. L'individuo in lutto tipicamente considera l'umore depresso come "normale", anche se l'individuo può richiedere aiuto professionale per attenuare sintomi associati come insonnia o anoressia. La durata e la manifestazione del lutto "normale" varia considerevolmente tra i diversi gruppi culturali. Un'ulteriore guida per la distinzione del lutto da un episodio depressivo maggiore è fornita nei criteri per l'episodio depressivo maggiore.

Abuso e trascuratezza

Il maltrattamento da parte di un membro della famiglia (per es., caregiver, partner intimo/a adulto/a) oppure da un non familiare può essere l'area dell'attuale oggetto di attenzione clinica, oppure tale maltrattamento può essere un importante fattore nella valutazione e nel trattamento di pazienti con disturbi mentali o altri disturbi medici. A causa delle implicazioni legali di abuso e trascuratezza, si deve usare cura nel valutare queste condizioni e nell'assegnare tali codici. Avere una storia pregressa di abuso o negligenza può influenzare la diagnosi e la risposta al trattamento in un certo numero di disturbi mentali e può anche essere annotato insieme alla diagnosi.

Per le seguenti categorie, in aggiunta agli elenchi del confermato o sospetto evento di abuso o trascuratezza, vengono forniti altri codici d'uso se l'attuale intervento clinico serve a fornire servizi di salute mentale sia alla vittima sia all'autore dell'abuso o della trascuratezza. Viene anche fornito un codice separato per la designazione di una storia pregressa di abuso o trascuratezza.

Note di codifica per le condizioni di abuso e trascuratezza ICD-10-CM
Solo per i codici T, il 7° carattere dovrebbe essere codificato come segue:

A (primo intervento) – Da utilizzare mentre il paziente sta ricevendo trattamento attivo per la condizione (per es., trattamento chirurgico, assistenza presso un centro di pronto soccorso, valutazione e trattamento da parte di un nuovo clinico); oppure

D (interventi successivi) – Da utilizzare per gli interventi successivi al momento in cui il paziente ha ricevuto il trattamento attivo per la condizione e lui/lei sta ricevendo cure di routine per la condizione durante la guarigione o la fase di recupero (per es., cambio o rimozione dell'ingessatura, rimozione del dispositivo di fissazione interno o esterno, aggiustamento dei farmaci, altre visite post-terapia e di follow-up).

Problemi di maltrattamento e trascuratezza infantile

Abuso fisico infantile

L'abuso fisico infantile è una lesione fisica non accidentale a un bambino – che varia da lievi contusioni a gravi fratture o morte – che si verifica a seguito di pugni, percosse, calci, morsi, scuotimento, lancio, accoltellamento, strangolamento, colpi (con una mano, un bastone, una cinghia o un altro oggetto), bruciatura, o qualsiasi altro metodo che viene inflitto da un genitore, un caregiver o un altro individuo che ha la responsabilità del bambino. Tale lesione è considerata abuso indipendentemente dal fatto che il caregiver intendesse o meno ferire il bambino. La disciplina fisica, come le sculacciate, non è considerata abuso finché è ragionevole e non causa lesioni corporee al bambino.

Abuso fisico infantile, Confermato

995.54 (T74.12XA) Primo intervento
995.54 (T74.12XD) Interventi successivi

Abuso fisico infantile, Sospetto

995.54 (T76.12XA) Primo intervento
995.54 (T76.12XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate all'abuso fisico infantile

V61.21 (Z69.010) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso infantile da parte di un genitore
V61.21 (Z69.020) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso infantile da parte di individui diversi dai genitori
V15.41 (Z62.810) Storia personale (pregressa) di abusi fisici nell'infanzia
V61.22 (Z69.011) Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso infantile
V62.83 (Z69.021) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso infantile diverso dal genitore

Abuso sessuale infantile

L'abuso sessuale infantile contempla qualsiasi atto sessuale che coinvolge un bambino, destinato a procurare gratificazione sessuale a un genitore, a un caregiver o a un altro individuo che ha la responsabilità del bambino. L'abuso sessuale comprende attività come accarezzare i genitali di un bambino, penetrazione, incesto, stupro, sodomia e atti osceni. L'abuso sessuale comprende anche lo sfruttamento senza contatto di un bambino da parte di un genitore o caregiver – per esempio, forzando, ingannando, attraendo, minacciando o facendo pressione su un bambino per farlo partecipare ad atti per la gratificazione sessuale di altri, senza contatto fisico diretto tra bambino e individuo che ne abusa.

Abuso sessuale infantile, Confermato

995.53 (T74.22XA) Primo intervento
995.53 (T74.22XD) Interventi successivi

Abuso sessuale infantile, Sospetto

995.53 (T76.22XA) Primo intervento
995.53 (T76.22XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate all'abuso sessuale infantile

V61.21 (Z69.010) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso sessuale infantile da parte di un genitore
V61.21 (Z69.020) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso sessuale infantile da parte di individui diversi dai genitori
V15.41 (Z62.810) Storia personale (pregressa) di abusi sessuali nell'infanzia
V61.22 (Z69.011) Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso sessuale infantile
V62.83 (Z69.021) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso sessuale infantile diverso dal genitore

Trascuratezza infantile

La trascuratezza infantile è definita come qualsiasi atto offensivo oppure qualsiasi omissione confermati o sospetti da parte del genitore di un bambino o da parte di un altro caregiver che depriva il bambino delle necessità di base appropriate all'età e di conseguenza causa, o può ragionevolmente causare, danni fisici o psicologici al bambino. La trascuratezza infantile contempla l'abbandono; la mancanza di appropriata supervisione; l'incapacità di provvedere ai necessari bisogni emozionali e psicologici; e l'incapacità di provvedere alla necessaria educazione, alle cure mediche, ad alimentazione, protezione e/o vestiario.

Trascuratezza infantile, Confermata

995.52 (T74.02XA) Primo intervento
995.52 (T74.02XD) Interventi successivi

Trascuratezza infantile, Sospetta

995.52 (T76.02XA) Primo intervento
995.52 (T76.02XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate alla trascuratezza infantile

V61.21 (Z69.010) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza infantile da parte di un genitore
V61.21 (Z69.020) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza infantile da parte di individui diversi dai genitori
V15.42 (Z62.812) Storia personale (pregressa) di trascuratezza nell'infanzia

V61.22 (Z69.011) Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di trascuratezza infantile

V62.83 (Z69.021) Intervento dei servizi mentali per l'autore di trascuratezza infantile diverso dal genitore

Abuso psicologico infantile

L'abuso psicologico infantile contempla atti verbali o simbolici non accidentali da parte del genitore di un bambino o di un caregiver che causano, o possono ragionevolmente causare, danni psicologici al bambino. (Atti di abuso fisico e sessuale non sono compresi in questa categoria.) Esempi di abuso psicologico di un bambino comprendono rimproverare, denigrare o umiliare il bambino; minacciare il bambino; danneggiare/abbandonare – oppure atti che indicano che il presunto colpevole danneggerà/abbandonerà – persone o cose cui il bambino tiene; tenere prigioniero il bambino (legandogli insieme le braccia o le gambe oppure legare un bambino a mobili o a un altro oggetto, oppure confinare il bambino in un piccolo spazio chiuso [per es., un armadio]); rendere il bambino un capro espiatorio con offese; costringere il bambino a infliggere dolore a se stesso o a se stessa; e disciplinare il bambino in modo eccessivo (cioè con una frequenza o con una durata estremamente elevata, anche se non a livello di abuso fisico) attraverso strumenti fisici o non fisici.

Abuso psicologico infantile, Confermato

995.51 (T74.32XA) Primo intervento

995.51 (T74.32XD) Interventi successivi

Abuso psicologico infantile, Sospetto

995.51 (T76.32XA) Primo intervento

995.51 (T76.32XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate all'abuso psicologico infantile

V61.21 (Z69.010) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico infantile da parte di un genitore

V61.21 (Z69.020) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico infantile da parte di individui diversi dai genitori

V15.42 (Z62.811) Storia personale (pregressa) di abuso psicologico nell'infanzia

V61.22 (Z69.011) Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore dell'abuso psicologico infantile

V62.83 (Z69.021) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore dell'abuso psicologico infantile diverso dal genitore

Problemi di maltrattamento e trascuratezza dell'adulto

Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner

Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando si sono verificati nell'ultimo anno atti non accidentali di violenza fisica che causano, o possono ragionevolmente causare, danni fisici a un/una partner intimo/a oppure che evocano significativa paura nel/nella partner. Atti non accidentali di violenza fisica comprendono spintonare, schiaffeggiare, tirare i capelli, pizzicare, trattenere, scuotere, lanciare, mordere, dare calci, colpire con un pugno o con un oggetto, bruciare, avvelenare, esercitare pressione sulla gola, togliere l'aria, tenere la testa sott'acqua e usare un'arma. Sono esclusi gli atti finalizzati a proteggere fisicamente se stessi o il/la partner.

Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Confermata

995.81 (T74.11XA) Primo intervento

995.81 (T74.11XD) Interventi successivi

Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Sospetta

995.81 (T76.11XA) Primo intervento

995.81 (T76.11XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate alla violenza fisica del/della coniuge o del/della partner

V61.11 (Z69.11) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di violenza fisica da parte del/della coniuge o del/della partner

V15.41 (Z91.410) Storia personale (pregressa) di violenza fisica da parte del/della coniuge o del/della partner

V62.12 (Z69.12) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di violenza fisica sul/sulla coniuge o sul/sulla partner

Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner

Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando si sono verificati nell'ultimo anno atti sessuali forzati o costretti nei confronti di un/una partner intimo/a. La violenza sessuale può comportare l'uso di violenza fisica o di coercizione psicologica per obbligare il partner a impegnarsi in un atto sessuale contro la volontà di lui o di lei, che l'atto sia stato completato o meno. In questa categoria sono inoltre compresi atti sessuali con un/una partner intimo/a che non è in grado di acconsentire.

Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Confermata

995.83 (T74.21XA) Primo intervento

995.83 (T74.21XD) Interventi successivi

Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Sospetta

995.83 (T76.21XA) Primo intervento

995.83 (T76.21XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate alla violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner

V61.11 (Z69.81) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di violenza sessuale da parte del/della coniuge o del/della partner

V15.41 (Z91.410) Storia personale (pregressa) di violenza sessuale da parte del/della coniuge o del/della partner

V61.12 (Z69.12) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di violenza sessuale sul/sulla coniuge o sul/sulla partner

Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner

La trascuratezza del/della partner è qualsiasi atto offensivo o omissione nell'ultimo anno da parte di un/una partner che depriva un/una partner dipendente delle necessità di base e causa quindi, o possono ragionevolmente causare, danni fisici o psicologici al/alla partner dipendente. Questa categoria viene utilizzata nel contesto di relazioni in cui un/una partner è estremamente dipendente dall'altro/dall'altra partner per la cura e l'assistenza nel gestire le attività giornaliere ordinarie – per esempio, un/una partner che è incapace di prendersi cura di sé a causa di sostanziali limitazioni fisiche, psicologiche/intellettive o culturali (per es., l'incapacità di comunicare con altri e gestire attività quotidiane dovute al vivere in una cultura straniera).

Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Confermata

995.85 (T74.01XA) Primo intervento

995.85 (T74.01XD) Interventi successivi

Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Sospetta

995.85 (T76.01XA) Primo intervento

995.85 (T76.01XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate alla trascuratezza del/della coniuge o del/della partner

V61.11 (Z69.11) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza da parte del/della coniuge o del/della partner

V15.42 (Z91.412) Storia personale (pregressa) di trascuratezza da parte del/della coniuge o del/della partner

V61.12 (Z69.12) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore della trascuratezza sul/sulla coniuge o sul/sulla partner

Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner

L'abuso psicologico del/della partner contempla atti non accidentali verbali o simbolici da parte di un/una partner che causano, o possono ragionevolmente causare, danni significativi all'altro/a partner. Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando tale abuso psicologico si è verificato nell'ultimo anno. Atti di abuso psicologico comprendono rimproverare o umiliare la vittima; interrogare la vittima; limitare la capacità della vittima di potersi muovere liberamente; impedire alla vittima l'accesso all'assistenza (per es., l'applicazione della legge; risorse legali, protettive o mediche); minacciare la vittima con danni fisici o aggressione sessuale; danneggiare, o minacciare di danneggiare, persone o cose alle quali la vittima tiene; restrizione ingiustificata della possibilità di usare risorse economiche per la vittima; isolare la vittima da famiglia, amici o risorse di supporto sociale; perseguitare la vittima; e tentare di far credere alla vittima di essere pazzo/a.

Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Confermato

995.82 (T74.31XA) Primo intervento

995.82 (T74.31XD) Interventi successivi

Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Sospetto

995.82 (T76.31XA) Primo intervento

995.82 (T76.31XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate all'abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner

V61.11 (Z69.11) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico da parte del/della coniuge o del/della partner

V15.42 (Z91.411) Storia personale (pregressa) di abuso psicologico da parte del/della coniuge o del/della partner

V61.12 (Z69.12) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore dell'abuso psicologico sul/sulla coniuge o sul/sulla partner

Abuso dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner

Queste categorie dovrebbero essere utilizzate quando un adulto è stato abusato da parte di un altro adulto che non è un partner intimo. Tale maltrattamento può comprendere atti di abuso fisico, sessuale o emozionale. Esempi di abuso dell'adulto comprendono atti non accidentali di violenza fisica (per es., spingere/dare spintoni, graffiare, schiaffeggiare, lanciare qualcosa che può far male, prendere a pugni, mordere) che hanno causato – o possono ragionevolmente causare – danni fisici o hanno causato significativa paura; atti sessuali forzati o costretti; e atti verbali o simbolici con il potenziale di causare danno psicologico (per es., rimproverare o umiliare la persona; interrogare la persona; limitare la capacità della persona di muoversi liberamente; impedire alla persona l'accesso all'assistenza; minacciare la persona; danneggiare, o minacciare di danneggiare, persone o cose alle quali la persona tiene; restrizione ingiustificata della possibilità di usare risorse economiche per la persona; isolare la persona da famiglia, amici o risorse di supporto sociale; perseguitare la persona; tentare di far credere alla persona di essere pazzo/a). Sono esclusi gli atti finalizzati a proteggere fisicamente se stessi o l'altra persona.

Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato

995.81 (T74.11XA) Primo intervento

995.81 (T74.11XD) Interventi successivi

Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto

995.81 (T76.11XA) Primo intervento

995.81 (T76.11XD) Interventi successivi

Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato

995.83 (T74.21XA) Primo intervento

995.83 (T74.21XD) Interventi successivi

Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto

995.83 (T76.21XA) Primo intervento

995.83 (T76.21XD) Interventi successivi

Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato

995.82 (T74.31XA) Primo intervento

995.82 (T74.31XD) Interventi successivi

Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto

995.82 (T76.31XA) Primo intervento

995.82 (T76.31XD) Interventi successivi

Altre circostanze correlate all'abuso dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner

V65.49 (Z69.81) Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner

V62.83 (Z69.82) Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore dell'abuso diverso dal/dalla coniuge o dal/dalla partner

Problemi relativi all'istruzione e all'attività lavorativa

Problemi relativi all'istruzione

V62.3 (Z55.9) **Problema relativo all'istruzione**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando un problema relativo all'istruzione è l'oggetto di attenzione clinica oppure ha un impatto sulla diagnosi, il trattamento o la prognosi dell'individuo. I problemi che devono essere considerati comprendono analfabetismo o alfabetizzazione di basso livello; mancanza di accesso alla scolarizzazione per inaccessibilità o irraggiungibilità; problemi con la prestazione scolastica (per es., scarso rendimento negli esami scolastici, ricevere valutazioni o voti scarsi) o scarso rendimento (al di sotto di quanto dovrebbe essere previsto data la capacità intellettiva dell'individuo); conflitto con gli insegnanti, il personale scolastico o con altri studenti; e altri problemi correlati alla formazione e/o all'alfabetizzazione.

Problemi relativi all'attività lavorativa

V62.21 (Z56.82) **Problema correlato all'appartenenza a un contingente militare dislocato lontano da casa**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando un problema relativo all'attività lavorativa direttamente correlato all'appartenenza di un individuo a un contingente militare dislocato lontano da casa è l'oggetto di attenzione clinica oppure ha un impatto sulla diagnosi, il trattamento o la prognosi dell'individuo. Reazioni psicologiche a tale condizione non sono comprese in questa categoria; tali reazioni sarebbero meglio documentate come un disturbo dell'adattamento o come un altro disturbo mentale.

V62.29 (Z56.9) **Altri problemi correlati all'attività lavorativa**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando un problema lavorativo è l'oggetto di attenzione clinica oppure ha un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell'individuo. Le aree che devono essere considerate comprendono problemi con l'occupazione oppure con l'ambiente di lavoro, compresi disoccupazione; recente cambio di lavoro; minaccia di perdita del lavoro; insoddisfazione professionale; orari di lavoro stressanti; incertezza circa le scelte di carriera; molestie sessuali sul posto di lavoro; altri conflitti con il superiore, il direttore, i colleghi o altri nell'ambiente lavorativo; ambienti di lavoro inadatti o ostili; altri fattori stressanti psicosociali correlati al lavoro; e qualsiasi altro problema correlato al lavoro e/o all'occupazione.

Problemi abitativi ed economici

Problemi abitativi

V60.0 (Z59.0) **Senzatetto**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando la mancanza di una regolare dimora o abitazione ha un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell'individuo. Un individuo è considerato un senzatetto se la sua dimora notturna principale è una casa di accoglienza per senzatetto, un ricovero riscaldato, una casa di accoglienza per violenza domestica, uno spazio pubblico (per es., tunnel, stazione ferroviaria, centro commerciale), un edificio non destinato a uso residenziale (per es., struttura abbandonata, fabbrica inutilizzata), una scatola di cartone o una grotta o qualche altra situazione abitativa ad hoc.

V60.1 (Z59.1) **Abitazione inadeguata**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando la mancanza di un'adeguata abitazione ha un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell'individuo. Gli esempi di condizioni abitative inadeguate comprendono la mancanza di riscaldamento (con temperature fredde) o di elettricità, infestazione di insetti o roditori, impianti idraulici e servizi igienici inadeguati, sovraffollamento, mancanza di adeguato spazio per dormire e rumori eccessivi. È importante considerare le convenzioni culturali prima di assegnare questa categoria.

V60.89 (Z59.2) **Conflitti con vicinato, inquilino o padrone di casa**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando un conflitto con vicini, inquilini o un padrone di casa è l'oggetto di attenzione clinica oppure ha un impatto sul trattamento o la prognosi dell'individuo.

V60.6 (Z59.3) **Problemi correlati al vivere in un'istituzione residenziale**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando un problema (o problemi) correlato al vivere in un'istituzione residenziale è l'oggetto di attenzione clinica oppure ha un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell'individuo. Reazioni psicologiche a un cambiamento della situazione di vita non sono comprese in questa categoria; tali reazioni sarebbero meglio documentate come un disturbo dell'adattamento.

Problemi economici

V60.2 (Z59.4) **Mancanza di cibo e acqua potabile**

V60.2 (Z59.5) **Povertà estrema**

V60.2 (Z59.6) **Basso reddito**

V60.2 (Z59.7) **Assicurazione o supporto dei sussidi pubblici insufficienti**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata per individui che soddisfano i criteri di idoneità per sussidi pubblici o sociali ma non ricevono tali sussidi, che ricevono sussidio, ma risulta essere insufficiente per far fronte alle loro necessità, oppure coloro che diversamente non hanno accesso all'assicurazione necessaria o ai programmi di supporto. Gli esempi comprendono l'impossibilità di avere i requisiti per il sussidio pubblico a causa della mancanza di un'adeguata documentazione o prova di un recapito, l'impossibilità di ottenere adeguata assicurazione sanitaria a causa dell'età o di una condizione preesistente, o la negazione del sussidio a causa di redditi eccessivamente rigidi o altri requisiti.

V60.9 (Z59.9) **Problemi abitativi ed economici senza specificazione**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando vi è un problema correlato a circostanze abitative o economiche diverse da quelle specificate sopra.

Altri problemi correlati all'ambiente sociale

V62.89 (Z60.0) **Problema relativo alla specifica fase di vita**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando un problema di adattamento a transizioni del ciclo di vita (una particolare fase dello sviluppo) è l'oggetto dell'attenzione clinica oppure ha un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell'individuo. Esempi di queste transizioni comprendono iniziare o finire la scuola, allontanarsi dal controllo dei genitori, sposarsi, cominciare una nuova carriera, diventare genitore, adattarsi a un "nido vuoto" dopo che i figli se ne sono andati da casa e ritirarsi.

V60.3 (Z60.2) **Problema correlato al vivere da soli**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando un problema associato al vivere da soli è l'oggetto di attenzione clinica oppure ha un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell'individuo. Esempi di questi problemi comprendono sentimenti cronici di solitudine, isolamento e mancanza di organizzazione nello svolgimento delle attività della vita quotidiana (per es., pasti e orari di sonno irregolari, prestazioni incostanti dei lavori di manutenzione della casa).

V62.4 (Z60.3) **Difficoltà di integrazione culturale**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando la difficoltà nell'adattamento a una nuova cultura (per es., in seguito a emigrazione) è l'oggetto di attenzione clinica oppure ha un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell'individuo.

V62.4 (Z60.4) **Esclusione o rifiuto sociali**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando vi è uno squilibrio di potere sociale tale che vi sia ricorrente esclusione o rifiuto sociale da parte di altri. Esempi di rifiuto sociale comprendono bullismo, prese in giro e intimidazioni da parte di altri; essere presi di mira dagli altri attraverso abusi verbali o umiliazioni ed essere volutamente esclusi dalle attività dei coetanei, colleghi di lavoro o altri nel proprio ambiente sociale.

V62.4 (Z60.5) **Oggetto di (percepita) discriminazione o persecuzione**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando vi è discriminazione percepita o vissuta oppure persecuzione verso l'individuo basata sulla sua appartenenza (o appartenenza percepita) a una specifica categoria. Tipicamente, queste categorie comprendono genere o identità di genere, razza, etnia, religione, orientamento sessuale, paese di origine, credo politico, stato di disabilità, appartenenza a una casta, status sociale, peso e aspetto fisico.

V62.9 (Z60.9) **Problema correlato all'ambiente sociale senza specificazione**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando vi è un problema correlato all'ambiente sociale dell'individuo diverso da quanto specificato sopra.

Problemi correlati al crimine o all'interazione con il sistema giudiziario

V62.89 (Z65.4) **Vittima di crimine**

V62.5 (Z65.0) **Condanna in processi civili o penali senza reclusione**

V62.5 (Z65.1) **Reclusione o altra limitazione della libertà**

V62.5 (Z65.2) **Problemi correlati al rilascio dal carcere**

V62.5 (Z65.3) **Problemi correlati ad altre circostanze giudiziarie**

Altri interventi del servizio sanitario per counseling e consulenza medica

V65.49 (Z70.9) **Counseling sessuale**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando l'individuo richiede il counseling correlato a educazione sessuale, comportamento sessuale, orientamento sessuale, atteggiamento sessuale (imbarazzo, timidezza), orientamento o comportamento sessuale di altri (per es., del/della coniuge, del/della partner, del/della figlio/a), appagamento sessuale o qualsiasi altra questione correlata al sesso.

V65.40 (Z71.9) **Altre forme di consultazione o di counseling**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando viene fornito il counseling o viene richiesta una consulenza/consulto per un problema che non è specificato sopra o altrove in questo capitolo. Gli esempi comprendono counseling spirituale o religioso, counseling dietetico e counseling per l'uso di nicotina.

Problemi correlati ad altre circostanze psicosociali, personali e ambientali

V62.89 (Z65.8) **Problema religioso o spirituale**
Questa categoria può essere utilizzata quando l'oggetto di attenzione clinica è un problema religioso o spirituale. Gli esempi comprendono esperienze angoscianti che riguardano la perdita o la messa in discussione della fede, problemi associati alla conversione a una nuova fede o messa in discussione di valori spirituali che possono non essere necessariamente correlati a una chiesa o a un'istituzione religiosa organizzata.

V61.7 (Z64.0) **Problemi correlati a gravidanza indesiderata**

V61.5 (Z64.1) **Problemi correlati a multiparità**

V62.89 (Z64.4) **Conflitti con fornitori di servizi sociali, compresi funzionari di sorveglianza, case manager o operatori dei servizi sociali**

V62.89 (Z65.4) **Vittima di terrorismo o tortura**

V62.22 (Z65.5) **Esposizione a calamità, guerra o altri eventi avversi**

V62.89 (Z65.8) **Altri problemi correlati a circostanze psicosociali**

V62.9 (Z65.9) **Problemi correlati a circostanze psicosociali non specificate**

Altre circostanze di storia personale

V15.49 (Z91.49) **Altra storia personale di trauma psicologico**

V15.59 (Z91.5) **Storia personale di autolesionismo**

V62.22 (Z91.82) **Storia personale di appartenenza a contingenti militari dislocati lontano da casa**

V15.89 (Z91.89) **Altri fattori di rischio personale**

V69.9 (Z72.9) **Problemi correlati allo stile di vita**
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando un problema di stile di vita è l'oggetto specifico di trattamento oppure influenza direttamente il decorso, la prognosi o il trattamento di un disturbo mentale o di un altro disturbo medico. Esempi di problemi di stile di vita comprendono mancanza di esercizio fisico, dieta non appropriata, comportamento sessuale ad alto rischio e scarsa igiene del sonno. Un problema attribuibile a un sintomo di disturbo mentale non dovrebbe essere codificato a meno che quel problema non sia l'oggetto specifico di trattamento oppure influenzi direttamente il decorso, la prognosi o il trattamento dell'individuo. In questi casi, dovrebbero essere codificati sia il disturbo mentale sia il problema di stile di vita.

V71.01 (Z72.811) Comportamento antisociale dell'adulto
Questa categoria può essere utilizzata quando l'oggetto di attenzione clinica è un comportamento antisociale dell'adulto che non è dovuto a un disturbo mentale (per es., disturbo della condotta, disturbo antisociale di personalità). Gli esempi comprendono il comportamento di alcuni ladri di professione, di criminali del racket o che commerciano sostanze illecite.

V71.02 (Z72.810) Comportamento antisociale del bambino o dell'adolescente
Questa categoria può essere utilizzata quando l'oggetto di attenzione clinica è un comportamento antisociale in un bambino o in un adolescente che non è dovuto a un disturbo mentale (per es., disturbo esplosivo intermittente, disturbo della condotta). Gli esempi comprendono atti antisociali isolati di bambini o adolescenti (non un'abitudine di comportamento antisociale).

Problemi correlati all'accesso alle cure mediche e ad altre cure sanitarie

V63.9 (Z75.3) Indisponibilità o inaccessibilità alle strutture sanitarie

V63.8 (Z75.4) Indisponibilità o inaccessibilità di altre agenzie di aiuto

Mancata aderenza al trattamento medico

V15.81 (Z91.19) Mancata aderenza al trattamento medico
Questa categoria può essere utilizzata quando l'oggetto di attenzione clinica è la non aderenza a un aspetto importante del trattamento di un disturbo mentale o di un'altra condizione medica. Le ragioni per tale non aderenza possono comprendere malessere derivante dal trattamento (per es., effetti collaterali dei farmaci), costo del trattamento, giudizi di valore personali o convinzioni religiose o culturali sul trattamento proposto, debolezza correlata all'età e la presenza di un disturbo mentale (per es., schizofrenia, disturbo di personalità). Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando il problema è sufficientemente grave da giustificare attenzione clinica indipendente e non soddisfa i criteri diagnostici per fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche.

278.00 (E66.9) Sovrappeso e obesità
Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando il sovrappeso o l'obesità è l'oggetto di attenzione clinica.

V65.2 (Z76.5) Simulazione di malattia
La caratteristica fondamentale della simulazione è la produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni come la volontà di evitare il servizio militare, il lavoro, ottenere risarcimenti finanziari, sottrarsi a procedimenti penali, oppure procurarsi farmaci. In alcune circostanze, la simulazione può rappresentare un comportamento adattivo – per esempio, fingere una malattia quando si è prigionieri del nemico in tempo di guerra. La simulazione dovrebbe essere fortemente sospetta quando viene osservata una combinazione dei seguenti fattori:

1. Contesto medico-legale di manifestazione dei sintomi (per es., l'individuo viene sottoposto a valutazione clinica su indicazione di un magistrato, oppure l'individuo fa un'autovalutazione mentre sono in sospeso una vertenza o accuse penali).
2. Marcata discrepanza tra lo stress o la disabilità denunciata dall'individuo e i riscontri oggettivi e le osservazioni.

3. Mancanza di collaborazione durante la valutazione diagnostica e nell'accettazione del regime terapeutico prescritto.
4. Presenza di disturbo antisociale di personalità.

La simulazione differisce dal disturbo fittizio in quanto la motivazione alla produzione del sintomo è, nella simulazione, un incentivo esterno, mentre nel disturbo fittizio gli incentivi esterni sono assenti. La simulazione si differenzia dal disturbo di conversione e da disturbi mentali correlati a sintomi somatici per la produzione intenzionale di sintomi e per gli evidenti incentivi esterni associati a essa.

L'evidenza definitiva della finzione (come chiara evidenza che la perdita di funzionalità è presente durante la valutazione, ma non a casa) dovrebbe suggerire una diagnosi di disturbo fittizio se lo scopo apparente dell'individuo è quello di assumere il ruolo di malato o, nel caso della simulazione, di ottenere un incentivo, come il denaro.

V40.31 (Z91.83) Vagabondaggio associato a un disturbo mentale
Questa categoria viene utilizzata per individui con un disturbo mentale il cui desiderio di vagare porta a significative preoccupazioni di gestione clinica o di sicurezza. Per esempio, individui con disturbo neurocognitivo maggiore o disturbi del neurosviluppo possono fare esperienza di una pulsione senza sosta a vagare che li mette a rischio di cadute e li induce a lasciare i contesti controllati senza l'accompagnamento necessario. Questa categoria esclude gli individui il cui intento è scappare da una situazione abitativa indesiderata (per es., bambini che scappano da casa, pazienti che non vogliono più restare in ospedale) oppure quelli che camminano o passeggiano a causa di acatisia indotta da farmaci.

Nota di codifica: Codificare prima il disturbo mentale associato (per es., disturbo neurocognitivo maggiore, disturbo dello spettro dell'autismo) e poi codificare V40.31 (Z91.83), vagabondaggio associato a [disturbo mentale specifico].

V62.89 (R41.83) Funzionamento intellettivo borderline
Questa categoria può essere utilizzata quando il funzionamento intellettivo borderline di un individuo è l'oggetto di attenzione clinica oppure ha un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell'individuo. Differenziare il funzionamento intellettivo borderline e la disabilità intellettiva lieve (disturbo dello sviluppo intellettivo) richiede un'attenta valutazione delle funzioni intellettive e di adattamento e le loro discrepanze, in particolare la presenza di disturbi mentali concomitanti che possono influenzare la compliance del paziente alle procedure standardizzate dei test (per es., schizofrenia o disturbo da deficit di attenzione/iperattività con grave impulsività).

SEZIONE III
Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione

- Scale di valutazione 851
  - Scale di valutazione dei sintomi trasversali 852
    - Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata - Adulti 857
    - Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 per genitore/tutore - Soggetti da 6 a 17 anni - Versione per il genitore/tutore 859
  - Scala relativa alle dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico 861
  - World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) 864
- Inquadramento culturale 869
  - Intervista per l'inquadramento culturale (IIC) 871
  - Intervista per l'inquadramento culturale (IIC) - Versione per l'informatore 877
- Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità 883
- Condizioni che necessitano di ulteriori studi 907
  - Sindrome di psicosi attenuata 907
  - Episodi depressivi con ipomania di breve durata 911
  - Disturbo da lutto persistente complicato 914
  - Disturbo da uso di caffeina 918
  - Disturbo da gioco su Internet 921
  - Disturbo neurocomportamentale associato a esposizione prenatale all'alcol 924
  - Disturbo da comportamento suicidario 928
  - Autolesività non suicidaria 930

Questa Sezione contiene una descrizione degli strumenti e delle tecniche atti a migliorare il processo decisionale clinico, un inquadramento del contesto culturale dei disturbi mentali e le proposte diagnostiche che potranno essere oggetto di ulteriori studi. Essa fornisce strategie per migliorare la pratica clinica e nuovi criteri per incentivare la ricerca futura, al fine di rappresentare la natura dinamica del DSM-5, che si evolverà attraverso i progressi nel campo.

Tra gli strumenti contenuti in questa Sezione si trova una scala di valutazione trasversale di livello 1 (compilata dal soggetto o da un informatore), che può essere utilizzata per l'esame dei sistemi trasversali ai disturbi mentali. Vengono forniti anche una scala di valutazione della gravità della schizofrenia e di altri disturbi psicotici compilata dal clinico, e il World Health Organization Disability Assessment Schedule, versione 2.0 (WHODAS 2.0). Le scale di gravità di livello 2 sono disponibili online (www.raffaellocortina.it/dsm-5) e possono essere utilizzate per approfondire le risposte significative fornite all'esame di livello 1. La Sezione III comprende inoltre una descrizione completa del contesto culturale dei disturbi mentali e l'Intervista per l'inquadramento culturale (IIC) per l'utilizzo clinico.

Sono infine presentati i disturbi per i quali sono stati proposti ulteriori studi, incluso un nuovo modello per la diagnosi dei disturbi di personalità alternativo ai criteri diagnostici attualmente in uso; il modello proposto comprende le compromissioni del funzionamento della personalità, così come i tratti di personalità patologici. Sono incluse anche nuove condizioni che sono al centro dell'attività di ricerca, come la sindrome di psicosi attenuata e l'autolesività non suicidaria.

Scale di valutazione

Un numero crescente di evidenze scientifiche depone a favore dell'adozione di concetti dimensionali nella diagnosi dei disturbi mentali. Le limitazioni derivanti da un approccio diagnostico categoriale includono la difficoltà di individuare zone di discontinuità tra le diagnosi (per es., la delineazione dei confini naturali tra un disturbo mentale e l'altro), la necessità di categorie intermedie come il disturbo schizoaffettivo, alti tassi di comorbilità, frequenti diagnosi non altrimenti specificate (NAS), scarsa utilità nel promuovere l'identificazione di antecedenti univoci per validare la maggior parte dei disturbi mentali e mancanza di specificità di trattamento per le varie categorie diagnostiche.

Sia dalla prospettiva clinica sia da quella della ricerca vi è la necessità di un approccio maggiormente dimensionale che possa essere combinato con il set di diagnosi categoriali del DSM. Un tale approccio considera le variazioni delle caratteristiche di un individuo (per es., la differente gravità dei sintomi sia all'interno sia al di fuori dei criteri diagnostici di un disturbo, misurata in termini di intensità, durata o numero di sintomi, insieme ad altre caratteristiche come il tipo e la gravità delle disabilità) piuttosto che fare affidamento su un approccio basato sulla scelta dicotomica SÌ/NO. Per le diagnosi che prevedono che tutti i sintomi siano soddisfatti (un set di criteri monotetico) si possono annotare i diversi livelli di gravità dei sintomi che le costituiscono. Se è necessario rispettare una soglia di sintomi molteplici, come almeno cinque dei nove sintomi del disturbo depressivo maggiore (un set di criteri politetico), sia i livelli di gravità sia le differenti combinazioni dei criteri possono identificare gruppi diagnostici più omogenei.

Un approccio dimensionale che fa affidamento soprattutto sul resoconto soggettivo dei sintomi di un individuo, unito all'interpretazione del clinico, è coerente con l'attuale prassi diagnostica. Ci si aspetta che aumentando la nostra comprensione dei meccanismi di base del disturbo, fondata su patofisiologia, circuiti neurali, interazioni genotipo-ambiente e test di laboratorio, si sviluppino approcci che siano in grado di integrare dati sia oggettivi sia soggettivi del paziente, così da arricchire e migliorare l'accuratezza del processo diagnostico.

Per esaminare i domini psicopatologici critici, possono essere utili le Scale di valutazione dei sintomi trasversali modellate sull'esame dei sistemi applicato in medicina generale. L'esame dei sistemi in medicina generale è fondamentale per individuare sottili cambiamenti nei differenti sistemi di organi, che possono facilitare la diagnosi e il trattamento. Un analogo esame delle varie funzioni mentali può essere d'aiuto in una

valutazione più completa dello status mentale, richiamando l'attenzione sui sintomi che potrebbero non rientrare esattamente tra i criteri diagnostici suggeriti dal quadro clinico di un individuo, ma potrebbero essere comunque importanti per la cura. Le scale di valutazione dei sintomi trasversali si compongono di due livelli: le domande di livello 1 costituiscono un breve esame di 13 domini di sintomi per pazienti adulti e 12 domini per pazienti in età infantile e adolescenti. Le domande di livello 2 forniscono una valutazione più approfondita di alcuni domini. Questi strumenti sono stati sviluppati per essere somministrati sia durante il colloquio iniziale sia in tempi successivi, al fine di monitorare lo stato dei sintomi del paziente e la risposta al trattamento.

Le Scale di valutazione della gravità sono disturbo-specifiche e sono strettamente correlate con i criteri che costituiscono la definizione del disturbo. Possono essere somministrate agli individui che hanno ricevuto una diagnosi o che presentano una sindrome clinicamente significativa che non soddisfa appieno i criteri per una diagnosi. Alcune scale possono essere compilate dal soggetto, mentre altre richiedono l'intervento di un clinico. Come accade per le Scale di valutazione dei sintomi trasversali, anche questi strumenti sono stati sviluppati per essere somministrati sia durante il colloquio iniziale sia in tempi successivi per monitorare la gravità del disturbo e la risposta al trattamento.

Il World Health Organization Disability Assessment Schedule, versione 2.0 (WHODAS 2.0) è stato sviluppato al fine di valutare l'abilità del paziente nello svolgimento di attività appartenenti a sei aree: comprendere e comunicare; mobilità; cura di sé; relazionarsi con altre persone; attività della vita quotidiana (per es., attività domestiche, lavoro/scuola); partecipazione alla vita sociale. La scala è autosomministrata ed è stata sviluppata per essere utilizzata con pazienti affetti da qualsiasi disturbo medico. Essa corrisponde ai concetti contenuti nella WHO International Classification of Functioning, Disability and Health. Questo strumento può anche essere utilizzato più volte nel corso del tempo per rilevare cambiamenti nelle disabilità del paziente.

Questo capitolo contiene: la Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 del DSM-5 (versione autosomministrata per l'adulto e versione per il genitore/tutore); la Scala relativa alle dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico; e il WHODAS 2.0. Per ogni strumento sono incluse le istruzioni per il clinico, le informazioni sullo scoring e le linee guida per l'interpretazione. Questi strumenti e ulteriori valutazioni dimensionali, incluse quelle relative alla gravità diagnostica, sono disponibili online al sito www.raffaellocortina.it/dsm-5.

Scale di valutazione dei sintomi trasversali

Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1

La Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 del DSM-5 è uno strumento compilato dal paziente o da un informatore, atto a valutare i domini della salute mentale che risultano rilevanti trasversalmente alle diagnosi psichiatriche. Ha lo scopo di aiutare i clinici nell'identificazione di ulteriori aree di indagine che possono avere un impatto significativo sul trattamento e sulla prognosi di un individuo. Inoltre, lo strumento può essere utilizzato per monitorare nel tempo i cambiamenti nel quadro clinico del paziente.

La versione per adulti dello strumento è costituita da 23 domande atte a valutare 13 domini psichiatrici, che includono depressione, rabbia, mania, ansia, sintomi somatici, ideazione suicidaria, psicosi, alterazioni del sonno, memoria, pensieri e comportamenti ripetitivi, dissociazione, funzionamento della personalità e uso di sostanze (si veda Tabella 1). Ogni dominio presenta da una a tre domande. Ogni item indaga quanto (o quanto spesso) un individuo ha sofferto di specifici sintomi nelle due settimane precedenti. Se l'individuo ha una ridotta capacità o non è in grado di compilare la scheda (per es., un individuo con una demenza), un informatore adulto può compilarla in sua vece. Lo strumento si è rivelato clinicamente utile e ha mostrato una buona attendibilità negli studi empirici sul DSM-5 condotti su campioni clinici di soggetti adulti in Canada e Stati Uniti.

La versione dello strumento per il genitore/tutore (per soggetti dai 6 ai 17 anni) è costituita da 25 domande atte a valutare 12 domini psichiatrici, che includono depressione, rabbia, irritabilità, mania, ansia, sintomi somatici, disattenzione, ideazione suicidaria o tentativo di suicidio, psicosi, alterazioni del sonno, pensieri e comportamenti ripetitivi e uso di sostanze (si veda Tabella 2). Ogni item chiede al genitore o tutore di

Tabella 1 Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata - Adulti: 13 domini, soglie per ulteriori indagini e Scale associate di livello 2

Dominio	Nome del dominio	Soglia per ulteriori indagini	Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 2*
I	Depressione	Lieve o maggiore	Livello 2 – Depressione – Adulto (PROMIS Emotional Distress – Depression – Short Form)
II	Rabbia	Lieve o maggiore	Livello 2 – Rabbia – Adulto (PROMIS Emotional Distress – Anger – Short Form)
III	Mania	Lieve o maggiore	Livello 2 – Mania – Adulto (Altman Self-Rating Mania Scale [ASRM])
IV	Ansia	Lieve o maggiore	Livello 2 – Ansia – Adulto (PROMIS Emotional Distress – Anxiety – Short Form)
V	Sintomi somatici	Lieve o maggiore	Livello 2 – Sintomi somatici – Adulto (Patient Health Questionnaire-15 [PHQ-15] Somatic Symptom Severity Scale)
VI	Ideazione suicidaria	Molto lieve o maggiore	Nessuna
VII	Psicosi	Molto lieve o maggiore	Nessuna
VIII	Alterazioni del sonno	Lieve o maggiore	Livello 2 – Alterazioni del sonno – Adulto (PROMIS Sleep Disturbance – Short Form)
IX	Memoria	Lieve o maggiore	Nessuna
X	Pensieri e comportamenti ripetitivi	Lieve o maggiore	Livello 2 – Pensieri e comportamenti ripetitivi – Adulto (Florida Obsessive-Compulsive Inventory [FOCI] Severity Scale)
XI	Dissociazione	Lieve o maggiore	Nessuna
XII	Funzionamento della personalità	Lieve o maggiore	Nessuna
XIII	Uso di sostanze	Molto lieve o maggiore	Livello 2 – Uso di sostanze – Adulto (adattata dalla NIDA-Modified ASSIST)

Note. NIDA = National Institute on Drug Abuse; PROMIS = Patient Reported Outcomes Measurement Information System.
* Disponibile online al sito www.raffaellocortina.it/dsm-5.

valutare quanto (o quanto spesso) il bambino ha sofferto di specifici sintomi psichiatrici nelle due settimane precedenti. Lo strumento si è rivelato anche in questo caso clinicamente utile e con una buona attendibilità negli studi empirici sul DSM-5 condotti su campioni clinici pediatrici negli Stati Uniti. Per i soggetti con un'età compresa tra 11 e 17 anni, il clinico può considerare la possibilità che, oltre alla valutazione dei sintomi compilata dal genitore/tutore, il bambino compili la versione autosomministrata della scala. La versione autosomministrata per bambini è disponibile online al sito www.raffaellocortina.it/dsm-5.

Scoring e interpretazione. Nella versione autosomministrata per adulti, ogni item è valutato su una scala a 5 punti (0 = assente; 1 = molto lieve o raro, meno di un giorno o due; 2 = lieve o per alcuni giorni; 3 = moderato o per metà dei giorni; 4 = grave o quasi tutti i giorni). Dovrebbe essere preso in considerazione il punteggio assegnato a ciascun item del dominio. Comunque, una valutazione di lieve (per es., 2) o maggiore in qualsiasi item all'interno di un dominio, a esclusione di uso di sostanze e ideazione suicidaria, può essere una guida per ulteriori indagini e follow-up per determinare se sia necessaria una valutazione più dettagliata, che può includere la valutazione dei sintomi trasversali di livello 2 per quel dominio (si veda Tabella 2). Per quanto riguarda l'uso di sostanze, l'ideazione suicidaria e la psicosi, una valutazione di molto lieve (per es., 1) o maggiore in qualsiasi item all'interno del dominio può essere una guida per ulteriori indagini e follow-up per determinare se sia necessaria una valutazione più dettagliata. Pertanto, va indicato il punteggio più alto del dominio nella colonna "Punteggio più alto del dominio".

Nella versione dello strumento per il genitore/tutore (per soggetti dai 6 ai 17 anni), 19 dei 25 item sono valutati su una scala a 5 punti (0 = assente; 1 = molto lieve o raro, meno di un giorno o due; 2 = lieve o per alcuni giorni; 3 = moderato o per metà dei giorni; 4 = grave o quasi tutti i giorni). Gli item relativi a ideazione suicidaria, tentativo di suicidio, uso di sostanze e psicosi sono valutati su una scala "Sì, No o Non so". Dovrebbe essere preso in considerazione il punteggio assegnato a ciascun item del dominio. Comunque, a eccezione di disattenzione e psicosi, una valutazione di lieve (per es., 2) o maggiore in qualsiasi item all'interno di un dominio valutato su una scala a 5 punti può essere una guida per ulteriori indagini e follow-up per determinare se sia necessaria una valutazione più dettagliata, che può includere la valutazione dei sintomi trasversali di livello 2 per quel dominio (si veda Tabella 2). Per la disattenzione e la psicosi, una valutazione di molto lieve (per es., 1) o maggiore può essere utilizzata come indicatore per svolgere ulteriori indagini. L'assegnazione da parte del genitore o del tutore di "Non so" a qualsiasi item relativo all'ideazione suicidaria, al tentativo di suicidio e all'uso di sostanze, specialmente in soggetti tra 11 e 17 anni, può dare origine a un ulteriore esame della questione con il soggetto, anche utilizzando la versione autosomministrata per bambini della scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 2 per il relativo dominio. Dal momento che l'indagine aggiuntiva viene effettuata sulla base del punteggio più alto ottenuto in qualsiasi item all'interno di un dominio, i clinici devono indicare tale punteggio all'interno della colonna "Punteggio più alto del dominio".

Scale di valutazione dei sintomi trasversali di livello 2

Ogni punteggio di soglia nella Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 (come indicato nelle Tabelle 1 e 2 e descritto nel paragrafo "Scoring e interpretazione") indica la possibile necessità di un esame clinico dettagliato. Le Scale di valutazione dei sintomi trasversali di livello 2 forniscono un metodo per ottenere informazioni più approfondite relative a sintomi potenzialmente significativi e per aggiungere elementi utili alla diagnosi, alla pianificazione del trattamento e al follow-up. Queste scale sono disponibili online al sito www.raffaellocortina.it/dsm-5. Le Tabelle 1 e 2 definiscono ogni dominio di livello 1 e identificano i domini per i quali

Tabella 2 Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 per genitore/tutore - soggetti da 6 a 17 anni: 12 domini, soglie per ulteriori indagini e strumenti associati di livello 2

Dominio	Nome del dominio	Soglia per ulteriori indagini	Scala di valutazione dei sintomi trasversali*
I	Sintomi somatici	Lieve o maggiore	Livello 2 – Sintomi somatici – Genitore/tutore di soggetto di 6-17 anni (Patient Health Questionnaire-15 Somatic Symptom Severity Scale [PHQ-15])
II	Alterazioni del sonno	Lieve o maggiore	Livello 2 – Alterazioni del sonno – Genitore/tutore di soggetto di 6-17 anni (PROMIS Sleep Disturbance - Short Form)
III	Disattenzione	Molto lieve o maggiore	Livello 2 – Disattenzione – Genitore/tutore di soggetto di 6-17 anni (Swanson, Nolan, and Pelham, Version IV [SNAP-IV])
IV	Depressione	Lieve o maggiore	Livello 2 – Depressione – Genitore/tutore di soggetto di 6-17 anni (PROMIS Emotional Distress – Depression – Parent Item Bank)
V	Rabbia	Lieve o maggiore	Livello 2 – Rabbia – Genitore/tutore di soggetto di 6-17 anni (PROMIS Calibrate Anger Measure – Parent)
VI	Irritabilità	Lieve o maggiore	Livello 2 – Irritabilità – Genitore/tutore di soggetto di 6-17 anni (Affective Reactivity Index [ARI])
VII	Mania	Lieve o maggiore	Livello 2 – Mania – Genitore/tutore di soggetto di 6-17 anni (Altman Self-Rating Mania Scale [ASRM])
VIII	Ansia	Lieve o maggiore	Livello 2 – Ansia – Genitore/tutore di soggetto di 6-17 anni (PROMIS Emotional Distress – Anxiety – Parent Item Bank)
IX	Psicosi	Molto lieve o maggiore	Nessuna
X	Pensieri e comportamenti ripetitivi	Lieve o maggiore	Nessuna
XI	Uso di sostanze	Sì	Livello 2 – Uso di sostanze – Genitore/tutore di soggetto di 6-17 anni (adattata dalla NIDA-modified ASSIST)
		Non so	NIDA-modified ASSIST (adattata) – Versione autosomministrata per soggetti (11-17 anni)
XII	Ideazione suicidaria/	Sì	Nessuna
		Non so	Nessuna

Note. NIDA = National Institute on Drug Abuse; PROMIS = Patient Reported Outcome Measurement Information System.
* Disponibile online al sito www.raffaellocortina.it/dsm-5.

sono disponibili Scale di valutazione dei sintomi trasversali di livello 2 per valutazioni più dettagliate. La versione per adulti e quella pediatrica (genitore e bambino) sono disponibili online per la maggior parte dei sintomi dei domini di livello 1 al sito www.raffaellocortina.it/dsm-5.

Frequenza di utilizzo delle Scale di valutazione dei sintomi trasversali

Al fine di monitorare nel tempo i cambiamenti nel quadro clinico di un individuo, le Scale di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 e i relativi strumenti di livello 2 possono essere somministrati a intervalli regolari come indicato clinicamente, in base alla stabilità dei sintomi dell'individuo e allo stato del trattamento. Per individui con ridotta capacità e per soggetti dai 6 ai 17 anni, è preferibile che gli strumenti siano somministrati negli incontri di follow-up al medesimo informatore o al medesimo genitore/tutore. Punteggi costantemente elevati in un particolare dominio potrebbero indicare sintomi significativi e problematici per l'individuo, che potrebbero giustificare ulteriore valutazione, trattamento e follow-up. Il giudizio clinico dovrebbe guidare il processo decisionale.

Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata - Adulti

Nome: _____ Età: _____ Sesso: [ ] Maschio [ ] Femmina Data: _____

Se la scala viene compilata da un informatore: Qual è il suo rapporto con il paziente? _____

Quanto tempo passa approssimativamente insieme al paziente in una settimana? _____ ore a settimana

Istruzioni: Le domande seguenti si riferiscono a eventi o situazioni che possono aver generato una condizione di disagio. Per ciascuna domanda, faccia un cerchio intorno al numero che descrive al meglio quanto (o quanto spesso) si è presentato ciascun problema nel corso delle ULTIME DUE (2) SETTIMANE.

		Durante le ultime DUE (2) SETTIMANE quanto (o quanto spesso) si sono presentati i seguenti problemi?	Assente Per nulla	Molto lieve Raramente, meno di un giorno o due	Lieve Alcuni giorni	Moderato Più della metà dei giorni	Grave Quasi tutti i giorni	Punteggio più alto del dominio (a cura del clinico)
I	1.	Ha sentito poco interesse o piacere nel fare le cose?	0	1	2	3	4	
	2.	Si è sentito/a giù, depresso/a o disperato/a?	0	1	2	3	4	
II	3.	Si è sentito/a più irritato/a, di malumore o arrabbiato/a rispetto al solito?	0	1	2	3	4	
III	4.	Ha dormito meno rispetto al solito ma ha avuto comunque molta energia?	0	1	2	3	4	
	5.	Ha cominciato molti più progetti rispetto al solito o ha fatto cose più rischiose rispetto al solito?	0	1	2	3	4	
IV	6.	Si è sentito/a nervoso/a, ansioso/a, spaventato/a, preoccupato/a o con i nervi a fior di pelle?	0	1	2	3	4	
	7.	Ha avuto sensazioni di panico o si è sentito/a spaventato/a?	0	1	2	3	4	
	8.	Ha evitato situazioni che le causano ansia?	0	1	2	3	4	
V	9.	Ha avuto disturbi o dolori inspiegabili (per es., testa, schiena, articolazioni, addome, gambe)?	0	1	2	3	4	
	10.	Ha avuto la sensazione che i suoi disturbi non fossero presi sufficientemente sul serio?	0	1	2	3	4	
VI	11.	Ha pensato seriamente di farsi del male?	0	1	2	3	4	

VII	12.	Ha sentito cose che altre persone non erano in grado di sentire, per esempio delle voci, nonostante non ci fosse nessuno intorno a lei?	0	1	2	3	4	
	13.	Ha avuto la sensazione che qualcuno potesse ascoltare i suoi pensieri o che lei potesse ascoltare i pensieri di un'altra persona?	0	1	2	3	4	
VIII	14.	Ha avuto problemi di sonno che hanno influenzato la qualità complessiva del riposo?	0	1	2	3	4	
IX	15.	Ha riscontrato problemi di memoria (per es., imparare nuove informazioni) o di orientamento (per es., trovare la strada di casa)?	0	1	2	3	4	
X	16.	Ha avvertito la presenza di pensieri spiacevoli, impulsi o immagini che penetrano ripetutamente nella sua mente?	0	1	2	3	4	
	17.	Si è sentito/a spinto/a a compiere determinati comportamenti o atti mentali più e più volte?	0	1	2	3	4	
XI	18.	Ha avuto la sensazione di sentirsi distaccato o distante da se stesso/a, dal suo corpo, dal suo ambiente fisico o dai suoi ricordi?	0	1	2	3	4	
XII	19.	Ha avuto la sensazione di non sapere realmente chi è o che cosa vuole dalla vita?	0	1	2	3	4	
	20.	Si è sentito/a distante dalle altre persone o non in grado di trarre piacere dal rapporto con loro?	0	1	2	3	4	
XIII	21.	Ha bevuto almeno 4 bevande alcoliche in un solo giorno?	0	1	2	3	4	
	22.	Ha fumato sigarette, sigaro o pipa, oppure ha fumato o masticato tabacco?	0	1	2	3	4	
	23.	Ha fatto uso di uno dei seguenti farmaci di sua iniziativa, ovvero senza che vi sia stata una prescrizione medica, in dosi maggiori o più a lungo rispetto a quanto prescritto [p.e., antidolorifici, stimolanti, sedativi o tranquillanti (come pillole per dormire) o droghe come marijuana, cocaina, o crack, droghe da discoteca (come ecstasy), allucinogeni (come LSD), eroina, inalanti o solventi (come la colla) o metamfetamine]?	0	1	2	3	4	

Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 per genitore/tutore - Soggetti da 6 a 17 anni - Versione per il genitore/tutore

Nome del soggetto: _____ Età: _____ Sesso: [ ] Maschio [ ] Femmina Data: _____

Rapporto con il soggetto? _____

Istruzioni (per il genitore o il tutore del soggetto): Le domande seguenti si riferiscono a eventi o situazioni che possono aver generato una condizione di disagio in suo/a figlio/a. Per ciascuna domanda, faccia un cerchio intorno al numero che descrive al meglio quanto (o quanto spesso) ciascun problema si è presentato in suo/a figlio/a nel corso delle **ULTIME DUE (2) SETTIMANE**.

		Nel corso delle ultime DUE (2) SETTIMANE quanto (o quanto spesso) suo figlio/a:	Assente Per nulla	Molto lieve Raramente, meno di un giorno o due	Lieve Alcuni giorni	Moderato Più della metà dei giorni	Grave Quasi tutti i giorni	Punteggio più alto del dominio (a cura del clinico)
I	1.	Ha lamentato dolori allo stomaco, mal di testa o altri fastidi e dolori?	0	1	2	3	4	
	2.	Ha detto di essere preoccupato/a per la propria salute o di temere di ammalarsi?	0	1	2	3	4	
II	3.	Ha avuto problemi di sonno – ovvero difficoltà ad addormentarsi o a restare addormentato oppure si è svegliato troppo presto?	0	1	2	3	4	
III	4.	Ha avuto problemi nel prestare attenzione in classe oppure durante lo svolgimento dei compiti, durante la lettura di un libro o lo svolgimento di un gioco?	0	1	2	3	4	
IV	5.	Ha provato meno piacere/divertimento nel fare alcune cose rispetto al solito?	0	1	2	3	4	
	6.	È sembrato/a triste o depresso/a per alcune ore?	0	1	2	3	4	
V e VI	7.	È sembrato/a più irritato/a o infastidito/a rispetto al solito?	0	1	2	3	4	
	8.	È sembrato/a arrabbiato/a o ha perso la calma?	0	1	2	3	4	
VII	9.	Ha cominciato molti più progetti o ha fatto cose più rischiose rispetto al solito?	0	1	2	3	4	
	10.	Ha dormito meno rispetto alle proprie abitudini ma ha comunque molta energia?	0	1	2	3	4	

→

VIII	11.	Ha affermato di sentirsi nervoso/a, ansioso/a o spaventato/a?	0	1	2	3	4	
	12.	Non è stato/a in grado di smettere di preoccuparsi?	0	1	2	3	4	
	13.	Ha affermato di non essere stato/a in grado di effettuare cose che avrebbe voluto o dovuto fare perché lo/a rendevano nervoso/a?	0	1	2	3	4	
IX	14.	Ha affermato di aver sentito delle voci – quando non era presente nessuno – che parlavano di lui/lei oppure che gli/le dicevano cosa fare o che dicevano cose negative su di lui/lei?	0	1	2	3	4	
	15.	Ha affermato di aver avuto delle visioni mentre era sveglio/a, o ha visto qualcosa o qualcuno che nessun altro poteva vedere?	0	1	2	3	4	
X	16.	Ha affermato di avere dei pensieri che continuavano a venirgli/le in mente relativi al fatto che avrebbe fatto qualcosa di male oppure che qualcosa di brutto sarebbe capitato a lui/lei o a qualcun altro?	0	1	2	3	4	
	17.	Ha affermato di aver sentito il bisogno di controllare alcune cose più e più volte: per es., che la porta fosse chiusa o che il gas fosse spento?	0	1	2	3	4	
	18.	È sembrato/a molto preoccupato/a del fatto che cose che ha toccato potessero essere sporche oppure infette o avvelenate?	0	1	2	3	4	
	19.	Ha affermato di essere stato/a costretto/a o di aver dovuto fare alcune cose in un determinato modo: per es., contare o dire cose particolari ad alta voce, al fine di evitare che accadesse qualcosa di brutto?	0	1	2	3	4	
	Nelle ultime DUE (2) SETTIMANE, suo/a figlio/a…							
XI	20.	Ha bevuto bevande alcoliche (come birra, vino, liquore ecc.)?	☐ Sì	☐ No	☐ Non so			
	21.	Ha fumato sigarette, sigari, pipa, oppure ha fiutato o masticato tabacco?	☐ Sì	☐ No	☐ Non so			
	22.	Ha utilizzato droghe come marijuana, cocaina, o crack, droghe da discoteca (come ecstasy), allucinogeni (come LSD), eroina, inalanti o solventi (come la colla) o metamfetamine (come speed)?	☐ Sì	☐ No	☐ Non so			
	23.	Ha assunto medicinali senza la prescrizione del medico [per es., antidolorifici (come Vicodin), stimolanti (come Ritalin o Adderall), sedativi o tranquillanti (come Valium) o steroidi]?	☐ Sì	☐ No	☐ Non so			
XII	24.	Durante le ultime DUE (2) SETTIMANE ha mai parlato di volersi uccidere o di suicidarsi?	☐ Sì	☐ No	☐ Non so			
	25.	Ha MAI tentato di uccidersi?	☐ Sì	☐ No	☐ Non so			

Scala relativa alle dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico

Come descritto nel capitolo "Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici", i disturbi psicotici hanno una natura eterogenea e la gravità dei sintomi può essere predittiva di importanti aspetti della malattia, come il grado dei deficit cognitivi e/o neurobiologici. Le valutazioni dimensionali individuano variazioni significative nella gravità dei sintomi, che possono essere utili nella pianificazione del trattamento, nella decisione relativa alla prognosi e nella ricerca sui meccanismi patofisiologici. La scala relativa alle dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico è uno strumento per la valutazione dimensionale dei principali sintomi delle psicosi, tra cui allucinazioni, deliri, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi. Viene effettuata anche una valutazione dimensionale dei deficit cognitivi. Molti individui con disturbi psicotici mostrano compromissioni in un range di domini cognitivi, che consentono di predire le capacità funzionali. Inoltre, vengono valutate la depressione e la mania, che possono allertare il clinico circa eventuali patologie dell'umore. La gravità dei sintomi dell'umore nelle psicosi ha un valore prognostico e guida il trattamento.

La scala relativa alle dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico è uno strumento costituito da 8 item che può essere somministrato dal clinico al momento della valutazione clinica. Ogni item richiede al clinico di valutare la gravità di ogni sintomo esperito dall'individuo negli ultimi 7 giorni.

Scoring e interpretazione

Ogni item dello strumento è valutato su una scala a 5 punti (0 = assente; 1 = incerto; 2 = presente, ma in modo lieve; 3 = presente e moderato; 4 = presente e grave) con una definizione sintomo-specifica per ogni livello di valutazione. Il clinico può prendere in considerazione tutte le informazioni disponibili relative all'individuo e, basandosi sul giudizio clinico, selezionare (spuntandolo) il livello che descrive nel modo più accurato la gravità della condizione dell'individuo. Successivamente, il clinico deve indicare il punteggio attribuito a ogni item nella colonna "Punteggio".

Frequenza di utilizzo

Al fine di monitorare la gravità dei sintomi dell'individuo nel tempo, lo strumento può essere somministrato a intervalli regolari come indicato clinicamente, in base alla stabilità dei sintomi e allo stato del trattamento. Punteggi costantemente elevati in un particolare dominio possono indicare sintomi significativi e problematici per l'individuo, che potrebbero giustificare un ulteriore valutazione, trattamento e follow-up. Il giudizio clinico dovrebbe guidare il processo decisionale.

Scala relativa alle dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico

Nome: _____ Età: _____ Sesso: [ ] Maschio [ ] Femmina Data: _____

Istruzioni: Valutare la presenza e la gravità dei seguenti sintomi esperiti dal paziente negli ultimi sette (7) giorni, spuntando la casella più adeguata, basandosi su tutte le informazioni disponibili e sulla valutazione clinica.

Dominio	0	1	2	3	4	Score
I. Allucinazioni	❑ Assenti	❑ Dubbie (la gravità o la durata non sono sufficienti per essere considerate psicosi)	❑ Presenti, ma in modo lieve (avverte una modesta pressione ad agire secondo le voci, non è molto infastidito/a dalle voci)	❑ Presenti e moderate (avverte una certa pressione a rispondere alle voci, o è piuttosto infastidito/a dalle voci)	❑ Presente e grave (avverte una forte pressione a rispondere alle voci, o è molto infastidito/a dalle voci)	
II. Deliri	❑ Assenti	❑ Dubbi (la gravità o la durata non sono sufficienti per essere considerati psicosi)	❑ Presenti, ma in modo lieve (avverte una modesta pressione ad agire secondo le convinzioni deliranti, non è molto infastidito/a da esse)	❑ Presenti e moderati (avverte una certa pressione ad agire secondo le convinzioni deliranti, o è piuttosto infastidito/a da esse)	❑ Presente e grave (avverte una forte pressione ad agire secondo le convinzioni deliranti, o è molto infastidito/a da esse)	
III. Eloquio disorganizzato	❑ Assente	❑ Dubbio (la gravità o la durata non sono sufficienti per essere considerato eloquio disorganizzato)	❑ Presente, ma in modo lieve (è talvolta difficile seguire il discorso)	❑ Presente e moderato (è spesso difficile seguire il discorso)	❑ Presente e grave (il discorso risulta quasi impossibile da seguire)	
IV. Comportamento psicomotorio anormale	❑ Assente	❑ Dubbio (la gravità o la durata non sono sufficienti per essere considerato comportamento psicomotorio anormale)	❑ Presente, ma in modo lieve (occasionalmente sono presenti comportamenti motori anormali o bizzarri oppure catatonia)	❑ Presente e moderato (frequenti comportamenti motori anormali o bizzarri oppure catatonia)	❑ Presente e grave (presenza quasi costante di comportamenti motori anormali o bizzarri oppure catatonia)	
V. Sintomi negativi (ristretta espressione emotiva o abulia/apatia)	❑ Assenti	❑ Dubbi (diminuzione dell'espressività del viso, della prosodia, della mimica/gestualità, dei comportamenti intenzionali)	❑ Presenti, ma lievi (diminuzione dell'espressività del viso, della prosodia, della mimica/gestualità o dei comportamenti intenzionali)	❑ Presenti e moderati (diminuzione dell'espressività del viso, della prosodia, della mimica/gestualità o dei comportamenti intenzionali)	❑ Presenti e gravi (diminuzione dell'espressività del viso, della prosodia, della mimica/gestualità o dei comportamenti intenzionali)	
VI. Disturbi cognitivi	❑ Assenti	❑ Dubbi (le funzioni cognitive non si pongono chiaramente al di fuori del range previsto per età o SSE: entro 0,5 DS dalla media)	❑ Presenti, ma in modo lieve (qualche riduzione delle funzioni cognitive; al di sotto del range previsto per età o SSE: 0,5-1 DS dalla media)	❑ Presenti e moderati (chiara riduzione delle funzioni cognitive; al di sotto del range previsto per età o SSE: 1-2 DS dalla media)	❑ Presenti e gravi (grave riduzione delle funzioni cognitive; al di sotto del range previsto per età o SSE: più di 2 DS dalla media)	
VII. Depressione	❑ Assente	❑ Dubbia (occasionalmente si sente triste, con umore deflesso, depresso o disperato; è preoccupato/a di aver fallito con qualcuno o in qualcosa, ma non è angosciato/a)	❑ Presente, ma in modo lieve (frequenti periodi in cui si sente molto triste, con umore deflesso, moderatamente depresso o disperato; è preoccupato/a di aver fallito con qualcuno o in qualcosa e mostra alcuni segni di angoscia)	❑ Presente e moderata (frequenti periodi di depressione profonda o di disperazione; angoscia legata al senso di colpa o al pensiero di aver fatto qualcosa di sbagliato)	❑ Presente e grave (presenza quotidiana di depressione profonda o di disperazione; oppure senso di colpa delirante o irragionevole autoaccusa largamente sproporzionata rispetto alle circostanze)	
VIII. Mania	❑ Assente	❑ Dubbia (umore occasionalmente elevato o espanso, oppure umore irritabile o segni di irrequietezza)	❑ Presente, ma in modo lieve (frequenti periodi di umore più elevato o espanso, oppure umore irritabile o segni di irrequietezza)	❑ Presente e moderata (frequenti periodi di umore molto elevato o espanso, oppure umore irritabile o segni di irrequietezza)	❑ Presente e grave (presenza quotidiana di umore elevato o espanso, oppure umore irritabile o segni di irrequietezza)	

Note: DS = Deviazione Standard; SSE = Status Socio-Economico.

World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS), nella versione autosomministrata, è uno strumento costituito da 36 item atti a valutare la disabilità in soggetti adulti a partire dai 18 anni. Lo strumento valuta la disabilità attraverso sei domini: comprendere e comunicare; mobilità; cura di sé; relazionarsi con le persone; attività della vita quotidiana (per es., attività domestiche, lavoro/scuola); partecipazione alla vita sociale. Se l'individuo risulta avere una ridotta capacità o non è in grado di compilare la scheda (per es., un individuo con una demenza), un informatore che è a conoscenza della condizione dell'individuo può utilizzare la versione apposita eterocompilata dello strumento, disponibile online al sito www.raffaellocortina.it/dsm-5. Ogni item della versione autosomministrata di WHODAS 2.0 chiede all'individuo di valutare il grado di difficoltà che ha sperimentato in specifiche aree di funzionamento negli ultimi 30 giorni.

Istruzioni per lo scoring di WHODAS 2.0 fornite dalla WHO

Punteggi sintetici di WHODAS 2.0. Esistono due modi per calcolare i punteggi sintetici della versione completa a 36 item di WHODAS 2.0.

Semplice. Vengono sommati i punteggi assegnati a ogni item – "nessuna" (1), "poca" (2), "moderata" (3), "molta" (4), "moltissima" (5). Questo metodo viene considerato semplice perché i punteggi assegnati a ogni item vengono semplicemente sommati, senza ricodificare o aggregare le categorie di risposta; pertanto non viene attribuito un peso ai singoli item. Questo approccio è pratico da utilizzare quando il punteggio viene calcolato a mano; può essere il metodo preferito nella clinica, dove il tempo è limitato, o nei casi in cui il questionario venga somministrato utilizzando carta e matita. Il risultato è che la semplice somma dei punteggi degli item di tutti i domini costituisce una misura sufficiente a descrivere il grado di limitazione funzionale.

Complesso. Il metodo più complesso di scoring è basato sulla "teoria della risposta all'item" (*item response theory*, IRT). Esso prende in considerazione i diversi livelli di difficoltà per ogni item di WHODAS 2.0. Per ciascun item, viene considerata ogni risposta ("nessuna", "poca", "moderata", "molta" e "moltissima") separatamente e, tramite un computer, viene calcolato il punteggio sintetico, pesando in modo diverso gli item e i livelli di gravità. Il programma di calcolo è disponibile sul sito della WHO. Il calcolo del punteggio si svolge in tre fasi:

- Fase 1: si sommano i punteggi degli item ricodificati all'interno di ogni dominio
- Fase 2: si sommano i punteggi di tutti i sei domini
- Fase 3: si converte il punteggio sintetico in una scala che va da 0 a 100 (dove 0 = nessuna disabilità e 100 = disabilità totale).

Punteggi di dominio di WHODAS 2.0. Il WHODAS 2.0 fornisce punteggi dominio-specifici per sei diversi domini di funzionamento: comprendere e comunicare, mobilità, cura di sé, relazionarsi con le persone, attività della vita quotidiana (attività domestiche, lavoro/scuola) e partecipazione alla vita sociale.

Norme di popolazione di WHODAS 2.0. Per le norme di popolazione rispetto al punteggio basato sull'IRT di WHODAS 2.0 e per la distribuzione della popolazione rispetto a tale punteggio consultare: www.who.int/classifications/icf/Pop_norms_distrib_IRT_scores.pdf.

Procedura di scoring addizionale e guida all'interpretazione per gli utilizzatori del DSM-5

Al clinico è richiesto di esaminare le risposte fornite dall'individuo a ciascun item dello strumento durante l'intervista clinica e di indicare il punteggio autoassegnato nella colonna a uso esclusivo del clinico. Tuttavia, se il clinico stabilisce, sulla base del colloquio clinico e di altre informazioni disponibili, che il punteggio di un item dovrebbe essere diverso, può indicare il punteggio corretto nella casella del punteggio grezzo dell'item. Sulla base delle evidenze ottenute negli studi empirici sul DSM-5 su campioni di pazienti adulti provenienti da sei siti degli Stati Uniti e uno del Canada, *il DSM-5 consiglia di calcolare e usare i punteggi medi per ciascun dominio e per la disabilità generale*. I punteggi medi sono confrontabili con la scala a 5 punti del WHODAS, che permette ai clinici di pensare alla disabilità dell'individuo in termini di assente (1), lieve (2), moderata (3), grave (4) o molto grave (5). I punteggi medi di dominio e di disabilità generale sono risultati affidabili, semplici da usare e clinicamente utili ai clinici durante gli studi empirici sul DSM-5. Il *punteggio medio* del dominio viene calcolato dividendo il punteggio grezzo del dominio per il numero degli item contenuti all'interno del dominio stesso (per es., se tutti gli item all'interno del dominio "comprendere e comunicare" sono stati valutati come moderati, allora il punteggio medio del dominio sarà 18/6 = 3, che indica una disabilità moderata). Il punteggio medio di disabilità generale è calcolato dividendo il punteggio grezzo complessivo per il numero degli item dello strumento (cioè 36). L'individuo dovrebbe essere incoraggiato a completare tutti gli item del WHODAS 2.0. Nel caso in cui non venga fornita una risposta a più di 10 item dello strumento (cioè a più del 25% dei 36 item totali), il calcolo dei punteggi grezzi e medi della disabilità generale potrebbe non essere utile. Se 10 o più degli item totali dello strumento sono mancanti, ma gli item per alcuni domini sono completi dal 75 al 100%, è possibile usare i punteggi grezzi o medi per questi domini.

Frequenza di utilizzo. Al fine di monitorare la gravità della disabilità dell'individuo nel tempo, lo strumento può essere somministrato a intervalli regolari determinati in base alla valutazione clinica relativa alla stabilità dei sintomi e allo stato del trattamento. Punteggi costantemente elevati in un particolare dominio possono indicare sintomi significativi e problematici per l'individuo, che potrebbero giustificare un'ulteriore valutazione e trattamento.

WHODAS 2.0

World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

Versione a 36 item, autosomministrata

Nome del soggetto: _____ Età: _____ Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina Data: _____

Questo questionario esplora le difficoltà che le persone possono avere in relazione alle loro condizioni di salute. Per condizioni di salute si intendono malattie o altri problemi di salute che possono essere di breve o di lunga durata, traumi, problemi mentali o emotivi e problemi con alcol o droghe. Ripensi agli ultimi 30 giorni e risponda alle domande pensando a quanta difficoltà ha avuto nello svolgere le attività di seguito elencate. Per ogni domanda, deve cerchiare una sola risposta.

	Punteggi assegnati a ciascun item:	1	2	3	4	5	A uso esclusivo del clinico: Punteggio grezzo dell'item	Punteggio grezzo del dominio	Punteggio medio del dominio
	Negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:								
	Comprendere e comunicare								
D1.1	Concentrarsi nel fare qualcosa per dieci minuti?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D1.2	Ricordarsi di fare cose importanti?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D1.3	Analizzare e trovare soluzioni ai problemi della vita quotidiana?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D1.4	Imparare a fare cose nuove, come, per esempio, raggiungere un posto nuovo?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo		30	6
D1.5	Capire quello che dice la gente?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D1.6	Iniziare e portare avanti una conversazione?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
	Mobilità								
D2.1	Stare in piedi a lungo, come per 30 minuti?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D2.2	Alzarsi da una posizione seduta?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D2.3	Muoversi dentro casa?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo		25	5
D2.4	Uscire di casa?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D2.5	Camminare per una lunga distanza, come per un chilometro?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			

	Negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:								
	Cura di sé								
D3.1	Lavarsi tutto il corpo?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D3.2	Vestirsi?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D3.3	Mangiare?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo		20	4
D3.4	Stare da solo per qualche giorno?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
	Relazionarsi con le persone								
D4.1	Interagire con persone che non conosce?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D4.2	Mantenere un'amicizia?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D4.3	Andare d'accordo con le persone a cui lei è legato?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo		25	5
D4.4	Fare nuove amicizie?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D4.5	Attività sessuale?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
	Attività della vita quotidiana								
D5.1	Occuparsi della casa e della famiglia per quanto è di sua responsabilità?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.2	Svolgere bene le attività domestiche più importanti, tra quelle che spettano a lei?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.3	Portare a termine tutte le attività domestiche che lei doveva svolgere?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.4	Portare a termine le attività domestiche che le spettano nei tempi per lei usuali?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
	Se lavora (lavoro dipendente, lavoro non retribuito, lavoro autonomo) o va a scuola, risponda alle domande D5.5-D5.8 che seguono. Altrimenti, passi alla domanda D6.1.								
	In relazione alle sue condizioni di salute, negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:							40	8
D5.5	Svolgere le sue attività lavorative/scolastiche quotidiane?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.6	Svolgere bene i compiti lavorativi/scolastici più importanti?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.7	Portare a termine tutto quello che doveva fare?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.8	Portare a termine tutto quello che doveva fare nei tempi per lei usuali?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			

	Punteggi assegnati a ciascun item:	1	2	3	4	5	A uso esclusivo del clinico: Punteggio grezzo dell'item	Punteggio grezzo del dominio	Punteggio medio del dominio
	Negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:								
	Partecipazione alla vita sociale								
D6.1	Quanta difficoltà ha avuto nel prendere parte ad attività comunitarie (per esempio, feste, attività religiose o di altro tipo) come chiunque altro?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D6.2	Quanta difficoltà ha avuto a causa di barriere o ostacoli nel mondo che la circonda?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D6.3	Quanta difficoltà ha avuto a vivere con dignità a causa degli atteggiamenti o delle azioni di altre persone?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D6.4	Quanto tempo ha dedicato alle sue condizioni di salute o alle loro conseguenze?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D6.5	Quanto è stato coinvolto emotivamente dalle sue condizioni di salute?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo		40	8
D6.6	Quanto le sue condizioni di salute hanno consumato risorse finanziarie sue o della sua famiglia?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D6.7	Quanta difficoltà ha avuto la sua famiglia a causa dei suoi problemi di salute?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D6.8	Quanta difficoltà ha avuto nel fare da solo qualcosa per relax o per piacere?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
							Totale	180	36

H.1	Complessivamente, negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni ha avuto queste difficoltà?	Registrare il numero di giorni _____
H.2	Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni è stato impossibilitato a svolgere le sue attività abituali o il suo lavoro in relazione alle sue condizioni di salute?	Registrare il numero di giorni _____
H.3	Negli ultimi giorni, senza contare i giorni in cui è stato impossibilitato, per quanti giorni ha diminuito o ridotto le sue attività abituali o il suo lavoro in relazione alle sue condizioni di salute?	Registrare il numero di giorni _____

© World Health Organization, 2010. All rights reserved.
La traduzione italiana, di cui qui pubblichiamo la versione *non* definitiva, è a cura del Centro collaboratore italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali. La versione ufficiale di WHODAS 2.0 e del manuale in italiano saranno resi disponibili da WHO.

Nota bene. Le righe e le colonne su fondo grigio non fanno parte della versione ufficiale di WHODAS 2.0, ma costituiscono un'aggiunta, proposta dalla DSM-5 Task Force, per effettuare la procedura di scoring addizionale.

Inquadramento culturale

Comprendere il contesto culturale dell'esperienza di malattia è fondamentale per una valutazione diagnostica efficace e per la gestione clinica. La *cultura* fa riferimento a sistemi di conoscenze, concetti, regole e pratiche che vengono appresi e trasmessi da una generazione all'altra. Comprende la lingua, la religione e la spiritualità, la struttura familiare, le fasi del ciclo di vita, i rituali cerimoniali e i costumi, così come i sistemi morali e legali. Le culture sono aperte, ovvero sono sistemi dinamici che subiscono continui cambiamenti nel tempo; oggigiorno, la maggior parte degli individui e dei gruppi è esposta a culture diverse, che possono essere utilizzate per formare la propria identità e dare un senso all'esperienza. Queste caratteristiche della cultura rendono fondamentale evitare di generalizzare le informazioni culturali o stereotipare i gruppi in termini di tratti culturali fissi.

La *razza* è una categoria culturalmente determinata dell'identità, che divide l'umanità in gruppi basati su una varietà di tratti fisici superficiali attribuiti ad alcune caratteristiche intrinseche e biologiche. Le categorie e i costrutti relativi alla razza si sono ampiamente modificati lungo il corso della storia e tra le società. Il costrutto della razza non può essere definito in modo univoco dal punto di vista biologico, ma risulta importante dal punto di vista sociale in quanto sostiene razzismo, discriminazione ed esclusione sociale, che possono esercitare cospicui effetti negativi sulla salute mentale. Alcune evidenze dimostrano che i pregiudizi razziali possono esacerbare molti disturbi psichiatrici, contribuendo a un esito sfavorevole, e che i pregiudizi razziali possono influenzare la valutazione diagnostica.

L'*etnia* è un'identità di gruppo di derivazione culturale utilizzata per definire popoli e comunità. Può essere legata a una storia, una collocazione geografica, una lingua e una religione comuni, o ad altre caratteristiche condivise da un gruppo, che distinguono quel gruppo dagli altri. L'etnia può essere autoassegnata o essere attribuita da parte di estranei. La crescente mobilità, i matrimoni misti e la mescolanza di culture hanno portato alla definizione di nuove identità etniche miste, multiple o ibride.

Cultura, razza ed etnia sono legate a disuguaglianze economiche, razzismo e discriminazione che portano a disuguaglianze relative alla salute. Le identità culturali, etniche e razziali possono essere fonte di forza e sostegno sociale che aumentano la resilienza, ma potrebbero anche essere fonte di conflitti psicologici, interpersonali e intergenerazionali, o di difficoltà nell'adattamento che richiedono una valutazione diagnostica.

Guida per l'inquadramento culturale

La Guida per l'inquadramento culturale introdotta dal DSM-IV ha fornito una cornice utile a collocare alcune informazioni sulle caratteristiche culturali del problema di salute mentale di un individuo e sul modo in cui si relaziona al contesto socioculturale e alla storia. Il DSM-5 non solo comprende la versione aggiornata di tale schema, ma presenta anche un approccio per la valutazione, attraverso l'Intervista per l'inquadramento culturale (IIC), che è stata testata sul campo per valutarne l'utilità diagnostica tra i clinici e l'accettabilità tra i pazienti.

La versione aggiornata della Guida per l'inquadramento culturale prevede la valutazione sistematica delle seguenti categorie:

- **Identità culturale dell'individuo:** Descrive i gruppi di riferimento razziali, etnici o culturali del soggetto che possono influenzarne la relazione con gli altri, l'accesso alle risorse, lo sviluppo, e le sfide attuali, i conflitti o le situazioni difficili. Per gli immigrati e le minoranze etniche o razziali, dovrebbe essere annotato separatamente il grado e il tipo di coinvolgimento sia con la cultura d'origine sia con la cultura ospitante o maggioritaria. Le abilità linguistiche, le preferenze e le abitudini sono fondamentali per identificare le difficoltà di accesso alle cure, l'integrazione sociale e la necessità di un interprete. Altri aspetti clinicamente rilevanti per l'identità possono includere l'affiliazione religiosa, il background socioeconomico, i luoghi personali e familiari di nascita e di crescita, lo status di migrante e l'orientamento sessuale.
- **Concettualizzazione culturale della sofferenza:** Descrive i costrutti culturali che influenzano il modo in cui l'individuo esperisce, comprende e comunica i propri sintomi o problemi agli altri. Questi costrutti possono includere sindromi culturali, specifiche concezioni della sofferenza e modelli esplicativi o cause percepite. Il livello di gravità e il significato delle esperienze dolorose dovrebbero essere valutati in relazione alle norme dei gruppi culturali di riferimento dell'individuo. La valutazione del coping e dei pattern di richiesta di assistenza dovrebbe considerare l'utilizzo di fonti di cura professionali, così come il ricorso a fonti di cura tradizionali, alternative o complementari.
- **Eventi stressanti psicosociali e caratteristiche culturali della vulnerabilità e della resilienza:** Identifica gli eventi stressanti principali e i sostegni presenti all'interno dell'ambiente sociale dell'individuo (che possono includere eventi sia locali sia distanti) e il ruolo della religione, della famiglia e di altre reti sociali (per es., amici, vicini di casa, colleghi) nel fornire sostegno emotivo, strumentale e informativo. Eventi stressanti sociali e sostegni sociali variano con l'interpretazione culturale degli eventi, della struttura familiare, dei compiti evolutivi e del contesto sociale. I livelli di funzionamento, la disabilità e la resilienza dovrebbero essere valutati alla luce dei gruppi culturali di riferimento dell'individuo.
- **Caratteristiche culturali della relazione tra l'individuo e il clinico:** Identifica le differenze nella cultura, nella lingua e nello status sociale tra l'individuo e il clinico che possono causare difficoltà nella comunicazione e possono influenzare la diagnosi e il trattamento. Esperienze di razzismo e discriminazione nella società allargata possono ostacolare lo stabilirsi di fiducia e sicurezza nell'incontro clinico diagnostico. Gli effetti possono comprendere: problemi nell'ottenere informazioni sui sintomi, fraintendimento del significato culturale e clinico dei sintomi e dei comportamenti, difficoltà nello stabilire o mantenere il rapporto necessario per un'efficace alleanza con il clinico.

- **Valutazione culturale complessiva:** Riassume le implicazioni delle componenti dell'inquadramento culturale individuate nelle precedenti sezioni della Guida per la diagnosi e altre questioni o problemi clinicamente rilevanti, così come strategie appropriate di gestione e trattamento.

Intervista per l'inquadramento culturale (IIC)

L'Intervista per l'inquadramento culturale è costituita da 16 domande che il clinico può utilizzare al fine di ottenere informazioni durante una valutazione della salute mentale, relative all'impatto della cultura su aspetti chiave del quadro clinico dell'individuo e della cura. All'interno dell'IIC, la *cultura* si riferisce a:

- I valori, gli orientamenti, le conoscenze e le pratiche che gli individui traggono dalla partecipazione a diversi gruppi sociali (per es., gruppi etnici, comunità religiose, gruppi professionali).
- Aspetti del background di un individuo, esperienze di sviluppo e attuali contesti sociali che possono influenzarne le opinioni, come origini geografiche, migrazione, lingua, religione, orientamento sessuale o razza/etnia.
- L'influenza della famiglia, degli amici e di altri membri della comunità (la *rete sociale* dell'individuo) sull'esperienza di malattia dell'individuo.

L'IIC è una breve intervista semistrutturata per la valutazione sistematica dei fattori culturali durante l'incontro clinico, che può essere utilizzata con chiunque. L'IIC si concentra sull'esperienza dell'individuo e sul contesto sociale dei problemi clinici. Segue un approccio alla valutazione culturale centrato sulla persona, con lo scopo di ottenere informazioni da parte dell'individuo circa i suoi punti di vista e quelli di altre persone che fanno parte della sua rete sociale. Questo approccio è teso a evitare stereotipizzazioni, in quanto la conoscenza culturale di ciascun individuo influenza il modo in cui questi interpreta l'esperienza di malattia ed esprime la richiesta di aiuto. Dal momento che l'IIC riguarda la visione personale dell'individuo, non esistono risposte giuste o sbagliate a queste domande. L'intervista è riportata di seguito ed è disponibile online al sito www.raffaellocortina.it/dsm-5.

L'IIC è strutturata in due colonne di testo. La colonna di sinistra contiene le istruzioni per la somministrazione e descrive gli obiettivi per ciascun dominio dell'intervista. Le domande nella colonna di destra illustrano come esplorare tali domini, ma non intendono essere esaustive. Domande di follow-up possono talvolta essere necessarie per rendere più chiare le risposte dell'individuo. Le domande possono essere riformulate secondo necessità. L'IIC è stata pensata come una guida alla valutazione culturale e dovrebbe essere usata in modo flessibile al fine di mantenere il flusso naturale dell'intervista e una buona relazione con l'individuo.

L'IIC è usata in modo ottimale se combinata con informazioni demografiche ottenute prima dell'intervista, al fine di modellare le domande dell'IIC per concentrarsi sul background dell'individuo e sulla situazione attuale. Gli specifici ambiti demografici da esplorare attraverso l'IIC varieranno a seconda degli individui e dei setting. Una valutazione completa può includere luogo di nascita, età, genere, origine razziale/etnica, stato civile, composizione del nucleo familiare, scolarità, lingue parlate correntemente, orientamento sessuale, appartenenza religiosa o spirituale, professione, occupazione, reddito e storia della migrazione.

L'IIC può essere usata nella valutazione iniziale di individui in tutti i contesti clinici, indipendentemente dal background culturale dell'individuo o del clinico. Individui e clinici che sembrano condividere lo stesso background culturale possono nonostante ciò avere delle differenze che potrebbero essere importanti per la cura. L'IIC può essere utilizzata nella sua forma completa, oppure alcune parti di essa possono essere inserite nella valutazione clinica all'occorrenza. L'IIC può essere d'aiuto specialmente quando sono presenti:

- Difficoltà nella valutazione diagnostica a causa di importanti differenze nel background culturale, religioso o socioeconomico del clinico e dell'individuo.
- Incertezza circa la corrispondenza tra sintomi culturalmente distintivi e criteri diagnostici.
- Difficoltà nel valutare la gravità della malattia o della compromissione.
- Disaccordo tra individuo e clinico circa il decorso della cura.
- Limitato impegno e scarsa aderenza al trattamento da parte dell'individuo.

L'IIC mette in rilievo quattro domini di valutazione: Definizione culturale del problema (domande 1-3); Percezioni culturali della causa, del contesto e del sostegno (domande 4-10); Fattori culturali che influenzano il coping e le richieste di assistenza pregresse (domande 11-13); Fattori culturali che influenzano l'attuale richiesta di assistenza (domande 14-16). Sia il processo di somministrazione dell'IIC centrato sulla persona sia le informazioni che consente di raccogliere intendono migliorare la validità culturale della valutazione diagnostica, facilitare la pianificazione del trattamento e promuovere il coinvolgimento e la soddisfazione dell'individuo. Per conseguire questi obiettivi, le informazioni ottenute dall'IIC dovrebbero essere integrate con tutto il materiale clinico disponibile, al fine di ottenere una valutazione clinica e contestuale completa. È possibile usare una versione dell'IIC per l'informatore per raccogliere informazioni collaterali nei domini dell'IIC da parte di membri della famiglia o caregiver.

Sono stati sviluppati dei moduli supplementari che ampliano ciascun dominio dell'IIC e guidano i clinici che desiderano esplorare questi domini in maggiore profondità. I moduli supplementari sono stati sviluppati anche per popolazioni specifiche, come bambini e adolescenti, anziani, immigrati e rifugiati. Tali moduli supplementari sono indicati nell'IIC sotto ai relativi sottotitoli e sono disponibili online al sito www.raffaellocortina.it/dsm-5.

Intervista per l'inquadramento culturale (IIC)

I moduli supplementari utilizzati per approfondire ciascun sottoargomento dell'IIC sono indicati tra parentesi

Guida per l'intervistatore	Le istruzioni per l'intervistatore sono in *corsivo*
Le seguenti domande sono volte a chiarire gli aspetti chiave dei problemi clinici attuali dal punto di vista dell'individuo e di altri membri della rete sociale dell'individuo stesso (per es., famiglia, amici o altre persone coinvolte negli attuali problemi). Ciò comprende il significato del problema, le potenziali fonti di aiuto e le aspettative relative ai servizi.	Introduzione per l'individuo Vorrei capire qual è il problema che l'ha portata qui, così da poterla aiutare nel miglior modo possibile. Mi interessano le *sue* esperienze e i *suoi* pensieri. Le farò alcune domande che possano chiarire che cosa sta succedendo e in quale modo lei sta affrontando la situazione. La prego di ricordare che non esistono risposte giuste o sbagliate.

Definizione culturale del problema

(Modello esplicativo, Livello di funzionamento)

Sollecitare il punto di vista dell'individuo circa i suoi problemi fondamentali e le principali preoccupazioni.

Focalizzare l'attenzione sul modo in cui l'individuo interpreta il proprio problema.

Utilizzare termini, espressioni o brevi descrizioni ottenute alla domanda 1 al fine di identificare il problema nelle domande successive (per es., "il conflitto con suo figlio").

Chiedere in che modo l'individuo inquadra il proprio problema di fronte ai membri della propria rete sociale.

1. Che cosa l'ha portata qui oggi?

   Se l'individuo fornisce pochi dettagli o menziona solo sintomi o una diagnosi medica, indagare:

   Le persone spesso interpretano i propri problemi a modo loro, che può essere simile o differente rispetto al modo in cui i medici li descrivono. *Lei* come descriverebbe il suo problema?

2. A volte le persone possono avere differenti modi di descrivere i propri problemi alla famiglia, agli amici o ad altri membri della comunità. Lei come descriverebbe il suo problema a queste persone?

Focalizzare l'attenzione sugli aspetti del problema che hanno più importanza per l'individuo.

3. Che cosa la preoccupa di più del suo problema?

Percezioni culturali della causa, del contesto e dell'assistenza

Cause

(Modello esplicativo, Rete sociale, Altri adulti)

Questa domanda fornisce indicazioni sul significato della condizione medica per l'individuo, aspetto che può essere rilevante per il trattamento.

Notare che gli individui possono identificare cause diverse in relazione ai diversi aspetti del problema che stanno prendendo in considerazione.

4. Perché pensa che le stia succedendo questo? Quali pensa siano le cause del suo [problema]?

   Suggerire ulteriormente se necessario:

   Alcune persone spiegano il loro problema come il risultato di eventi negativi accaduti nel corso della vita, per esempio problemi con altre persone, una malattia, questioni spirituali o altre cause.

Guida per l'intervistatore	Le istruzioni per l'intervistatore sono in *corsivo*
Focalizzare l'attenzione sui punti di vista dei membri della rete sociale dell'individuo. Questi possono essere diversi e possono variare da quelli dell'individuo stesso.	5. I familiari, gli amici e gli altri membri della sua comunità, quale pensano possa essere la causa del suo [problema]?

Eventi stressanti e fattori di sostegno

(Rete sociale, Caregiver, Eventi stressanti psicosociali, Religione e spiritualità, Immigrati e rifugiati, Identità culturale, Altri adulti, Coping e richiesta di assistenza)

Ottenere informazioni inerenti il contesto di vita dell'individuo, focalizzandosi sulle risorse, i sostegni sociali e la resilienza. Possono essere indagate anche altre forme di sostegno (per es., colleghi di lavoro, partecipazione a forme di religione e spiritualità).	6. Ci sono delle forme di sostegno che possono migliorare il suo [problema], come la famiglia, gli amici o altro?
Focalizzare l'attenzione sull'ambiente dell'individuo. Possono essere indagati anche, per es., problemi relazionali, difficoltà lavorative o scolastiche, discriminazione.	7. C'è qualche elemento stressante che può peggiorare il suo [problema], come per esempio difficoltà economiche o familiari?

Ruolo dell'identità culturale

(Identità culturale, Eventi stressanti psicosociali, Religione e spiritualità, Immigrati e rifugiati, Altri adulti, Bambini e adolescenti)

	Talvolta, alcuni aspetti del background o dell'identità delle persone possono migliorare o peggiorare il loro [problema]. Per ***background*** o ***identità*** si intende, per esempio, la comunità a cui si appartiene, le lingue che si parlano, la provenienza della propria famiglia, la razza o l'etnia, il genere e l'orientamento sessuale, la fede o la religione.
Chiedere all'individuo di riflettere riguardo agli aspetti più rilevanti della sua identità culturale. Usare queste informazioni per adattare le domande 9-10.	8. Secondo lei, quali sono gli aspetti più importanti del suo background o della sua identità?
Ottenere informazioni riguardo agli aspetti dell'identità culturale che possono migliorare o peggiorare il problema. *Indagare se necessario (per es., peggioramento clinico in seguito a discriminazione dovuta allo stato di immigrato, a questioni etniche/razziali o all'orientamento sessuale).*	9. Ci sono aspetti del suo background o della sua identità che fanno la differenza nel suo [problema]?
Indagare se necessario (per es., problemi relativi all'immigrazione, conflitti generazionali o dovuti ai ruoli di genere).	10. Ci sono aspetti del suo background o della sua identità che le stanno causando altri problemi o difficoltà?

Guida per l'intervistatore	Le istruzioni per l'intervistatore sono in *corsivo*

Fattori culturali che influenzano il coping e le richieste di assistenza pregresse

Coping

(Coping e richiesta di assistenza, Religione e spiritualità, Altri adulti, Caregiver)

Chiarire le modalità di coping in rapporto al problema attuale.	11. Talvolta le persone hanno diverse modalità di far fronte a problemi come il suo [problema]. Che cosa ha fatto lei per fronteggiare il suo [problema]?

Richieste di assistenza pregresse

(Coping e richiesta di assistenza, Religione e spiritualità, Altri adulti, Caregiver, Eventi stressanti psicosociali, Immigranti e rifugiati, Rete sociale, Relazione clinico-paziente)

Ottenere informazioni riguardo alle diverse fonti di assistenza (per es., assistenza medica, interventi psichiatrici o psicologici, gruppi di sostegno, counseling professionale, rimedi popolari, consulenze religiose o spirituali, altre forme di assistenza tradizionali o alternative). *Indagare se necessario (per es., "Quali altre forme di assistenza ha utilizzato?").* *Chiarire qual è stata l'esperienza dell'individuo e in quale modo ha valutato eventuali precedenti forme di assistenza.*	12. Spesso le persone cercano l'assistenza di diverse figure, tra cui medici, assistenti, guaritori. In passato, che tipo di trattamento, assistenza, consiglio o terapia ha cercato per il suo [problema]? **Se non viene descritta, indagare l'utilità percepita dell'assistenza ricevuta:** Quali tipi di trattamento o assistenza sono stati i più utili? Quali i meno utili?

Barriere sociali

(Coping e richiesta di assistenza, Religione e spiritualità, Altri adulti, Eventi stressanti psicosociali, Immigranti e rifugiati, Rete sociale, Relazione clinico-paziente)

Verificare il ruolo delle barriere sociali nella richiesta di assistenza, nell'accesso alle cure, e valutare le problematiche incontrate nei trattamenti precedenti. *Indagare i dettagli se necessario (per es., "Che cosa ha interferito?").*	13. C'è qualcosa che le ha impedito di ricevere l'assistenza di cui aveva bisogno? **Indagare se necessario:** Per esempio, denaro, lavoro o impegni familiari, stigma o discriminazione, mancanza di servizi in grado di comprendere la sua lingua o il suo background?

Fattori culturali che influenzano l'attuale richiesta di assistenza

Preferenze

(Rete sociale, Caregiver, Religione e spiritualità, Altri adulti, Coping e richiesta di assistenza)

Chiarire quali sono i bisogni dell'individuo e quali sono le aspettative di assistenza. *Indagare ulteriormente nel caso in cui l'individuo elenchi una sola fonte di assistenza (per es., "Quali altri tipi di assistenza le sarebbero utili in questo momento?").*	Ora parliamo ancora un po' dell'assistenza di cui lei ha bisogno. 14. Quali tipi di assistenza sarebbero in questo momento più utili per il suo [problema]?

Guida per l'intervistatore	Le istruzioni per l'intervistatore sono in *corsivo*
Focalizzare l'attenzione sui punti di vista della rete sociale dell'individuo riguardo alla richiesta di assistenza.	15. Ci sono altri tipi di assistenza suggeriti da suoi familiari, da amici o da altre persone che potrebbero essere utili per lei in questo momento?

Relazione clinico-paziente

(Relazione clinico-paziente, Altri adulti)

Ottenere informazioni riguardo a possibili preoccupazioni circa l'assistenza clinica o alla relazione clinico-paziente, considerando anche la percezione di fenomeni razzisti, le barriere linguistiche o le differenze culturali che possono danneggiare la reputazione, la comunicazione o la somministrazione delle cure.

Indagare i dettagli se necessario (per es., "In che modo?").

Rivolgere l'attenzione verso possibili ostacoli alle cure o verso preoccupazioni circa l'assistenza clinica e la relazione clinico-paziente di cui si era parlato precedentemente.

Talvolta medici e pazienti non si capiscono l'un l'altro perché hanno background differenti o differenti aspettative.

16. Lei si è preoccupato/a di questo, e c'è qualcosa che possiamo fare per garantirle le cure di cui ha bisogno?

Intervista per l'inquadramento culturale (IIC) – Versione per l'informatore

L'Intervista per l'inquadramento culturale (IIC) – Versione per l'informatore raccoglie informazioni collaterali provenienti da un informatore che è a conoscenza dei problemi clinici e del contesto di vita dell'individuo. La presente versione può essere utilizzata al fine di integrare le informazioni ottenute dall'IIC principale o può essere utilizzata al posto dell'IIC quando l'individuo si dimostra incapace di fornire informazioni – come, per esempio, con bambini o adolescenti, individui con una psicosi florida o individui con deficit cognitivi.

Intervista per l'inquadramento culturale – Versione per l'informatore

Guida per l'intervistatore	Le istruzioni per l'intervistatore sono in *corsivo*
Le seguenti domande sono volte a chiarire gli aspetti chiave dei problemi clinici attuali dal punto di vista dell'informatore. Ciò comprende il significato del problema, le potenziali fonti di aiuto e le aspettative relative ai servizi.	**Introduzione per l'informatore:** Vorrei capire qual è il problema che ha portato qui il suo familiare/amico/a, così da poter aiutare sia lei sia la persona in questione nel miglior modo possibile. Mi interessano le *sue* esperienze e i *suoi* pensieri. Le farò alcune domande che possano chiarire che cosa sta succedendo e in quale modo lei e il suo familiare/amico/a state affrontando la situazione. Non esistono risposte giuste o sbagliate.

Relazione con il paziente

Chiarire la relazione dell'informatore con l'individuo e/o con la famiglia dell'individuo.	1. Come descriverebbe la sua relazione con [**individuo o famiglia**]? **Indagare se poco chiaro:** Quanto spesso vede [**individuo**]?

Definizione culturale del problema

Sollecitare il punto di vista dell'informatore circa i problemi fondamentali e le principali preoccupazioni dell'individuo. *Focalizzare l'attenzione sul modo in cui l'informatore interpreta i problemi dell'individuo.* *Utilizzare termini, espressioni o brevi descrizioni ottenute alla domanda 1 al fine di identificare il problema nelle domande successive (per es., "il conflitto dell'individuo con il proprio figlio").*	2. Che cosa ha portato qui oggi il suo familiare/amico/a? **Se l'informatore fornisce pochi dettagli o menziona solo sintomi o una diagnosi medica, indagare:** Le persone spesso interpretano i propri problemi a modo loro, che può essere simile o differente rispetto al modo in cui i medici li descrivono. *Lei* come descriverebbe il problema di [**individuo**]?
Chiedere in che modo l'informatore inquadra il problema di fronte ai membri della rete sociale.	3. A volte le persone possono avere differenti modi di descrivere i propri problemi alla famiglia, agli amici o ad altri membri della comunità. *Lei* come descriverebbe il problema di [**individuo**] a queste persone?
Focalizzare l'attenzione sugli aspetti del problema che hanno più importanza per l'informatore.	4. Che cosa la preoccupa di più del problema di [**individuo**]?

Guida per l'intervistatore

Le istruzioni per l'intervistatore sono in *corsivo*

Percezioni culturali della causa, del contesto e del sostegno

Cause

Questa domanda fornisce indicazioni sul significato della condizione medica per l'intervistato, aspetto che può essere rilevante per il trattamento.

Notare che gli informatori possono identificare cause diverse in relazione ai diversi aspetti del problema che stanno prendendo in considerazione.

5. Perché pensa che questo stia succedendo a [individuo]? Quali pensa che siano le cause del suo [problema]?

   Suggerire ulteriormente se necessario:

   Alcune persone spiegano tale problema come il risultato di eventi negativi accaduti nel corso della vita, per esempio problemi con altre persone, una malattia, questioni spirituali o altre cause.

Focalizzare l'attenzione sui punti di vista dei membri della rete sociale dell'individuo. Questi possono essere diversi e possono variare da quelli dell'informatore.

6. I familiari, gli amici e gli altri membri della comunità di [individuo] quale pensano possa essere la causa del [problema] di [individuo]?

Eventi stressanti e fattori di sostegno

Ottenere informazioni inerenti il contesto di vita dell'individuo, focalizzandosi sulle risorse, i sostegni sociali e la resilienza. Possono essere indagate anche altre forme di sostegno (per es., colleghi di lavoro, partecipazione a forme di religione e spiritualità).

7. Ci sono delle forme di sostegno che possono migliorare il [problema] di [individuo], come la famiglia, gli amici o altro?

Focalizzare l'attenzione sull'ambiente dell'individuo. Possono essere indagati anche, per es., problemi relazionali, difficoltà lavorative o scolastiche, discriminazione.

8. C'è qualche elemento stressante che può peggiorare il [problema] di [individuo], come per esempio difficoltà economiche o familiari?

Ruolo dell'identità culturale

Talvolta, alcuni aspetti del background o dell'identità delle persone possono migliorare o peggiorare il loro [problema]. Per ***background*** o ***identità*** si intende, per esempio, la comunità a cui si appartiene, le lingue che si parlano, la provenienza della propria famiglia, la razza o l'etnia, il genere e l'orientamento sessuale, la fede o la religione.

Chiedere all'informatore di riflettere riguardo agli aspetti più rilevanti dell'identità culturale dell'individuo. Usare queste informazioni per adattare le domande 10-11.

9. Secondo lei, quali sono gli aspetti più importanti del background o dell'identità di [individuo]?

Ottenere informazioni riguardo agli aspetti dell'identità culturale che possono migliorare o peggiorare il problema.

Indagare se necessario (per es., peggioramento clinico in seguito a discriminazione dovuta allo stato di immigrato, alla razza/etnia, o all'orientamento sessuale).

10. Ci sono aspetti del background o dell'identità di [individuo] che fanno la differenza nel suo [problema]?

Indagare se necessario (per es., problemi relativi alla migrazione; conflitti generazionali o dovuti ai ruoli di genere).

11. Ci sono aspetti del background o dell'identità di [individuo] che gli/le stanno causando altri problemi o difficoltà?

Guida per l'intervistatore

Le istruzioni per l'intervistatore sono in *corsivo*

Fattori culturali che influenzano il coping e le richieste di assistenza pregresse

Coping

Chiarire il coping dell'individuo in rapporto al problema attuale.

12. Talvolta le persone hanno diverse modalità di far fronte a problemi come il [problema]. Che cosa ha fatto [individuo] per fronteggiare il suo [problema]?

Richieste di assistenza pregresse

Ottenere informazioni riguardo alle diverse fonti di assistenza (per es., assistenza medica, interventi psichiatrici o psicologici, gruppi di sostegno, counseling professionale, rimedi popolari, consulenze religiose o spirituali, altre forme di assistenza).

Indagare se necessario (per es., "Quali altre forme di assistenza lui/lei ha utilizzato?").

Chiarire qual è stata l'esperienza dell'individuo e in quale modo ha valutato eventuali precedenti forme di assistenza.

13. Spesso le persone cercano l'assistenza di diverse figure, tra cui medici, assistenti, guaritori. In passato, che tipo di trattamento, aiuto o assistenza [individuo] ha cercato per il proprio [problema]?

    Se non viene descritta, indagare l'utilità percepita dell'assistenza ricevuta:

    Quali tipi di trattamento o aiuto sono stati i più utili? Quali i meno utili?

Barriere sociali

Verificare il ruolo delle barriere sociali nella richiesta di assistenza, nell'accesso alle cure, e valutare le problematiche incontrate nei trattamenti precedenti.

Indagare i dettagli se necessario (per es., "Che cosa ha interferito?").

14. C'è qualcosa che ha impedito a [individuo] di ricevere l'assistenza di cui aveva bisogno?

    Indagare se necessario:

    Per esempio, denaro, lavoro o impegni familiari, stigma o discriminazione, mancanza di servizi in grado di comprendere la sua lingua o il suo background?

Fattori culturali che influenzano l'attuale richiesta di assistenza

Preferenze

Chiarire quali sono i bisogni dell'individuo e quali sono le aspettative di assistenza secondo il punto di vista dell'informatore.

Indagare ulteriormente nel caso in cui l'informatore elenchi una sola fonte di assistenza (per es., "Quali altri tipi di assistenza sarebbero utili in questo momento a [individuo]?").

Focalizzare l'attenzione sui punti di vista della rete sociale dell'individuo riguardo alla richiesta di assistenza.

Ora parliamo dell'assistenza di cui [individuo] ha bisogno.

15. Quali tipi di assistenza gli/le sarebbero in questo momento più utili per il suo [problema]?

16. Ci sono altri tipi di assistenza suggeriti da familiari o da amici di [individuo] o da altre persone che potrebbero essere utili per lui/lei in questo momento?

Guida per l'intervistatore	Le istruzioni per l'intervistatore sono in *corsivo*

Relazione clinico-paziente

Ottenere informazioni riguardo a possibili preoccupazioni circa l'assistenza clinica o la relazione clinico-paziente, considerando anche la percezione di fenomeni razzisti, le barriere linguistiche, o le differenze culturali che possono danneggiare la reputazione, la comunicazione o la somministrazione delle cure.	Talvolta medici e pazienti non si capiscono l'un l'altro perché hanno background differenti o differenti aspettative.
Indagare i dettagli se necessario (per es., "In che modo?").	17. Lei si è preoccupato/a di questo, e c'è qualche cosa che possiamo fare per garantire a [individuo] le cure di cui ha bisogno?
Rivolgere l'attenzione verso possibili ostacoli alle cure o verso preoccupazioni circa l'assistenza clinica e la relazione clinico-paziente di cui si era parlato precedentemente.	

Concetti culturali di sofferenza

I *concetti culturali di sofferenza* si riferiscono ai modi in cui diversi gruppi culturali provano, interpretano e comunicano la sofferenza, i problemi comportamentali e i pensieri o le emozioni disturbanti. Possono essere distinti tre tipi principali di concetti culturali. Le *sindromi culturali* sono gruppi di sintomi e caratteristiche che tendono a presentarsi insieme in individui appartenenti a specifici gruppi culturali, comunità, o contesti e che sono riconosciuti localmente come pattern di esperienza coerenti. *Concezioni peculiari del disagio culturalmente determinate* sono modalità di esprimere la sofferenza che possono non coinvolgere sintomi o sindromi specifici, ma che forniscono modalità collettive e condivise di esperire e comunicare preoccupazioni personali o sociali. Per esempio, il linguaggio quotidiano circa i "nervi" o la "depressione" può riferirsi a forme ampiamente variabili di sofferenza senza coincidere con un quadro definito di sintomi, sindromi o disturbi. Le *spiegazioni culturali* o *cause percepite* sono etichette, attribuzioni o caratteristiche di un modello esplicativo che indicano significati o eziologie culturalmente riconosciuti di sintomi, malattie o sofferenza.

Questi tre concetti – sindromi, concezioni peculiari e spiegazioni – sono più rilevanti nella pratica clinica rispetto alla precedente formulazione di *sindrome culturalmente caratterizzata*. Nello specifico, il termine *sindrome culturalmente caratterizzata* ignora il fatto che le differenze culturali clinicamente importanti spesso coinvolgono spiegazioni o esperienze di sofferenza piuttosto che configurazioni di sintomi culturalmente distintive. Inoltre, il termine *culturalmente caratterizzata* enfatizza eccessivamente il localismo e la distribuzione limitata dei concetti culturali di sofferenza. La formulazione corrente riconosce che *tutte* le forme di sofferenza sono localmente connotate, compresi i disturbi del DSM. Da questa prospettiva, molte diagnosi del DSM possono essere spiegate come prototipi operativi che hanno avuto origine come sindromi culturali e sono poi stati largamente accettati in virtù della loro utilità nella clinica e nella ricerca. Tra i diversi gruppi permangono differenze su base culturale nei sintomi, nei modi di parlare della sofferenza e nelle cause localmente percepite, che sono a loro volta associate alle strategie di coping e a pattern di richiesta di assistenza.

I concetti culturali della sofferenza nascono dalle conoscenze popolari locali o da sistemi diagnostici professionali per la sofferenza mentale ed emotiva, e possono anche riflettere l'influenza di concetti biomedici.

I concetti culturali hanno quattro caratteristiche chiave in relazione alla nosologia del DSM-5:

- Di rado c'è una corrispondenza uno-a-uno tra un concetto culturale e un'entità diagnostica del DSM; è più probabile che la corrispondenza sia uno-a-molti. Sintomi o comportamenti che possono essere classificati nel DSM-5 in diversi disturbi potrebbero essere inclusi in un singolo concetto popolare, e diverse presentazioni che potrebbero essere classificate dal DSM-5 come varianti di un singolo disturbo possono essere classificate, in un sistema diagnostico locale, in numerosi concetti distinti.
- I concetti culturali possono essere applicati a disturbi con un ampio spettro di gravità, incluse manifestazioni che non soddisfano i criteri del DSM per nessun disturbo mentale. Per esempio, un individuo con un lutto recente o una situazione sociale difficile può esprimere il proprio disagio nello stesso modo o può presentare la stessa sindrome culturale di un altro individuo con una psicopatologia più grave.
- Nell'uso comune, lo stesso termine culturale spesso denota più di un singolo concetto culturale. Un esempio ben noto può essere il concetto di "depressione", che può essere usato per descrivere una sindrome (per es., disturbo depressivo maggiore), un tipo particolare di disagio (per es., la comune espressione "mi sento depresso") o una causa percepita (analoga a "stress").
- Così come la cultura e il DSM stesso, i concetti culturali possono cambiare nel tempo in risposta a influenze sia locali che globali.

I concetti culturali sono importanti per le diagnosi psichiatriche per diversi motivi:

- **Per evitare diagnosi errate:** La variazione culturale nei sintomi e nei modelli esplicativi associati ai concetti culturali può indurre i clinici a giudicare erroneamente la gravità di un problema o a formulare la diagnosi sbagliata (per es., insolite spiegazioni di ordine spirituale possono essere erroneamente interpretate come psicosi).
- **Per ottenere informazioni cliniche utili:** Variazioni culturali nei sintomi e nelle attribuzioni di significato possono essere associate a particolari caratteristiche di rischio, resilienza ed esito clinico.
- **Per migliorare la relazione e il coinvolgimento nella terapia:** "Parlare il linguaggio del paziente", sia in termini linguistici sia in termini di concetti e metafore dominanti, può portare a una migliore comunicazione e una maggiore soddisfazione, può facilitare gli accordi relativi al trattamento e può portare a una maggiore regolarità e aderenza alla terapia.
- **Per migliorare l'efficacia terapeutica:** La cultura influenza i meccanismi psicologici del disturbo, che hanno bisogno di essere compresi e fatti oggetto di attenzione al fine di migliorare l'efficacia clinica. Per esempio, convincimenti catastrofici culturalmente specifici possono contribuire a un'esacerbazione dei sintomi che può giungere fino agli attacchi di panico.
- **Per guidare la ricerca clinica:** Le connessioni percepite localmente tra diversi concetti culturali possono aiutare a identificare modelli di comorbilità e a sottolineare substrati biologici.
- **Per chiarire l'epidemiologia culturale:** I concetti culturali della sofferenza non sono sostenuti uniformemente da tutti in una singola cultura. Distinguere sindromi, espressioni peculiari del disagio e spiegazioni fornisce un approccio per lo studio della distribuzione delle caratteristiche culturali di malattia tra contesti e aree geo-

grafiche, e nel corso del tempo. Solleva inoltre domande circa le determinanti culturali di rischio, decorso ed esito in ambienti clinici e comunitari al fine di aumentare la base di evidenze della ricerca culturale.

Il DSM-5 include informazioni sui concetti culturali al fine di migliorare l'accuratezza delle diagnosi e la completezza dell'inquadramento clinico. L'inquadramento clinico di individui che presentano questi concetti culturali dovrebbe verificare se essi soddisfino i criteri del DSM-5 per uno specifico disturbo o per diagnosi *con altra specificazione o senza specificazione*. Una volta che il disturbo è stato diagnosticato, i termini e le spiegazioni culturali dovrebbero essere inclusi nella formulazione dei casi clinici, dal momento che possono aiutare a chiarire sintomi e attribuzioni eziologiche che altrimenti potrebbero generare confusione. Individui i cui sintomi non soddisfano i criteri del DSM per uno specifico disturbo mentale possono comunque richiedere un trattamento o averne necessità; questo fatto dovrebbe essere valutato caso per caso. In aggiunta all'Intervista per l'inquadramento culturale e ai suoi moduli supplementari, il DSM-5 contiene le seguenti informazioni e i seguenti strumenti che possono essere utili nell'integrare le informazioni culturali nella pratica clinica:

- **Dati per specifici disturbi nei criteri e nel testo del DSM-5:** Il testo include informazioni riguardo variazioni culturali legate alla prevalenza, alla sintomatologia, ai concetti culturali associati e ad altri aspetti clinici. È importante sottolineare che non c'è una corrispondenza uno-a-uno a livello categoriale tra disturbi del DSM e concetti culturali. Le diagnosi differenziali per gli individui devono quindi combinare le informazioni sulla variabilità culturale con le informazioni ottenute grazie all'Intervista per l'inquadramento culturale.
- **Altre condizioni che possono meritare attenzione clinica:** Alcune delle questioni cliniche identificate tramite l'Intervista per l'inquadramento culturale possono corrispondere ai codici V o Z – per esempio, problemi di integrazione culturale, problemi relazionali genitori-figli, problemi spirituali e religiosi.
- **Glossario dei concetti culturali di stress:** Posto nell'Appendice, questo glossario fornisce esempi di concetti culturali del disagio ben noti, che illustrano la rilevanza delle informazioni culturali per la diagnosi clinica e alcune delle relazioni tra sindromi culturali, espressioni peculiari del disagio e spiegazioni delle cause.

Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità

L'attuale approccio ai disturbi di personalità è riportato nella Sezione II del DSM-5 e qui nella Sezione III è presentato un modello alternativo, sviluppato per il DSM-5. L'inclusione di entrambi i modelli nel DSM-5 riflette la decisione del Comitato direttivo dell'American Psychiatric Association (APA) di salvaguardare la continuità con la pratica clinica corrente, oltre che introdurre un nuovo approccio che mira ad affrontare le numerose carenze dell'approccio attuale ai disturbi di personalità. Per esempio, il paziente tipico che soddisfa i criteri per un disturbo di personalità spesso soddisfa anche quelli per altri disturbi di personalità. Allo stesso modo, la diagnosi di un disturbo di personalità, con altra specificazione o senza specificazione, è spesso corretta (ma quasi sempre per nulla informativa), nel senso che i pazienti tendono a presentarsi con modelli di sintomi che non corrispondono a un solo e unico disturbo di personalità.

Nel seguente modello alternativo del DSM-5, i disturbi di personalità sono caratterizzati da compromissioni del *funzionamento* della personalità e da *tratti* di personalità patologici. Le specifiche diagnosi di disturbo di personalità derivanti da questo modello riguardano i disturbi antisociale, evitante, borderline, narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizotipico. Questo approccio include anche una diagnosi di disturbo di personalità tratto-specifico (DP-TS) che può essere formulata quando un disturbo di personalità è considerato presente, ma non vengono soddisfatti i criteri per un disturbo specifico.

Criteri generali per il disturbo di personalità

Criteri generali per il disturbo di personalità

Le caratteristiche essenziali di un disturbo di personalità sono:

A. Moderata o più grave compromissione del funzionamento (del sé e interpersonale) della personalità.
B. Uno o più tratti di personalità patologici.
C. Le compromissioni del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità del soggetto sono relativamente inflessibili e pervasive in una vasta gamma di situazioni personali e sociali.
D. Le compromissioni del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità del soggetto sono relativamente stabili nel tempo e il loro esordio si può far risalire almeno all'adolescenza o all'inizio dell'età adulta.

E. Le compromissioni del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità del soggetto non sono meglio spiegate da un altro disturbo mentale.
F. Le compromissioni del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità del soggetto non sono attribuibili esclusivamente agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica (per esempio, grave trauma cranico).
G. Le compromissioni del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità del soggetto non possono essere considerate normali per la fase di sviluppo o l'ambiente socioculturale del soggetto.

Una diagnosi di disturbo di personalità richiede due decisioni: 1) la valutazione del grado di compromissione del funzionamento della personalità, che è necessaria per il Criterio A, e 2) la valutazione dei tratti di personalità patologici, che è richiesta per il Criterio B. Le compromissioni del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità sono relativamente inflessibili e pervasive in una vasta gamma di situazioni personali e sociali (Criterio C); sono relativamente stabili nel tempo, con un'insorgenza che si può far risalire almeno all'adolescenza o all'inizio dell'età adulta (Criterio D); non sono meglio spiegate da un altro disturbo mentale (Criterio E); non sono attribuibili agli effetti di una sostanza o di un'altra condizione medica (Criterio F); e non possono essere considerate normali per la fase di sviluppo o l'ambiente socioculturale del soggetto (Criterio G). Tutti i disturbi di personalità, così come il DP-TS, descritti nella Sezione III attraverso set di criteri, rispondono, per definizione, a questi criteri generali.

Criterio A: Livello di funzionamento della personalità

I disturbi nel funzionamento **del sé** e **interpersonale** costituiscono il nucleo della psicopatologia della personalità e, in questo modello di diagnosi alternativa, vengono valutati su un continuum. Il funzionamento del sé comprende l'identità e l'autodirezionalità; il funzionamento interpersonale comprende l'empatia e l'intimità (si veda Tabella 1). La Scala del livello di funzionamenro della personalità (si veda Tabella 2, pp. 900-903) utilizza ciascuno di questi elementi per distinguere cinque livelli di compromissione, che vanno dalla poca o nessuna compromissione (cioè funzionamento sano, adattivo; Livello 0) a una lieve (Livello 1), moderata (Livello 2), grave (Livello 3) ed estrema (Livello 4) compromissione.

Tabella 1 Elementi di funzionamento della personalità

Sé:
1. *Identità*: Esperienza unitaria di sé, con chiari confini tra sé e gli altri; stabilità della stima di sé e correttezza dell'autovalutazione; attitudine alla gamma dell'esperienza emotiva e capacità di regolazione di essa.
2. *Autodirezionalità*: Perseguimento di obiettivi esistenziali coerenti e significativi sia nel breve sia nel lungo periodo; utilizzo di standard interni di comportamento costruttivi e prosociali; fruttuose capacità autoriflessive.
Interpersonale:
1. *Empatia*: Comprensione e valorizzazione delle altrui esperienze e motivazioni; tolleranza di punti di vista differenti; comprensione degli effetti del proprio comportamento sugli altri.
2. *Intimità*: Profondità e durata del rapporto con gli altri; desiderio e capacità di vicinanza; comportamento improntato al rispetto reciproco.

La compromissione del funzionamento della personalità è predittiva della presenza di un disturbo di personalità e la sua gravità indica se un individuo abbia più di un disturbo di personalità o uno dei disturbi di personalità solitamente più gravi. È necessario vi sia un moderato livello di compromissione del funzionamento della personalità per diagnosticare un disturbo di personalità; questa soglia è basata su prove empiriche indicanti che il moderato livello di compromissione massimizza la capacità dei clinici di identificare con precisione ed efficienza la patologia del disturbo di personalità.

Criterio B: Tratti di personalità patologici

I tratti di personalità patologici sono organizzati in cinque grandi domini: Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo. All'interno dei cinque grandi **domini di tratto** vi sono 25 **sfaccettature del tratto** (*trait facets*) specifiche che sono state sviluppate inizialmente da una revisione dei modelli di tratto esistenti e successivamente attraverso ripetute ricerche su campioni di persone che si sono rivolte ai servizi di salute mentale. La completa tassonomia dei tratti è presentata nella Tabella 3 (si vedano le pp. 904-906). I Criteri B per i disturbi di personalità specifici comprendono sottoinsiemi di 25 sfaccettature del tratto, stilate sulla base di revisioni meta-analitiche e dati empirici sulle relazioni tra i tratti e le diagnosi di disturbo di personalità del DSM-IV.

Criteri C e D: Pervasività e stabilità

Compromissioni del funzionamento della personalità e tratti di personalità patologici sono *relativamente* pervasivi in una serie di contesti personali e sociali, dal momento che la personalità è definita come una modalità di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi. Il termine *relativamente* riflette il fatto che tutti, tranne le personalità estremamente patologiche, mostrano un certo grado di adattabilità. La modalità caratteristica dei disturbi di personalità è disadattiva e relativamente poco flessibile, il che porta a un malfunzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre attività importanti, dal momento che i soggetti non sono in grado di modificare il loro pensiero o comportamento, anche di fronte all'evidenza che il loro approccio è inadeguato. Le compromissioni del funzionamento e dei tratti di personalità sono anche *relativamente* stabili. I tratti di personalità – la tendenza a comportarsi o sentire in un certo modo – sono più stabili delle espressioni sintomatiche di tale tendenza, ma possono anche modificarsi. Le compromissioni del funzionamento della personalità sono più stabili dei sintomi.

Criteri E, F e G: Spiegazioni alternative per la patologia della personalità (diagnosi differenziale)

In alcune occasioni, quello che sembra essere un disturbo di personalità può essere meglio spiegato da un altro disturbo mentale, dagli effetti di una sostanza o di un'altra condizione medica, o da una fase normale dello sviluppo (per esempio, l'adolescenza, l'età avanzata), o dall'ambiente socioculturale di un individuo. Quando è presente un altro disturbo mentale, non si effettua la diagnosi di disturbo di personalità se le sue manifestazioni sono chiaramente espressione dell'altro disturbo mentale (per esempio, se sono presenti le caratteristiche di un disturbo di personalità schizotipico solo nel contesto della schizofrenia). D'altra parte, i disturbi di personalità possono essere diagnosticati con precisione in presenza di un altro disturbo mentale, come nel caso

del disturbo depressivo maggiore, e pazienti con altri disturbi mentali devono essere valutati per disturbi di personalità concomitanti, perché i disturbi di personalità spesso influenzano il decorso di altri disturbi mentali. Pertanto, è sempre opportuno valutare il funzionamento della personalità e i tratti di personalità patologici per inquadrare il contesto di un'altra patologia psichica.

Disturbi di personalità specifici

La Sezione III comprende i criteri diagnostici per il disturbo di personalità antisociale, evitante, borderline, narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizotipico. Ogni disturbo di personalità è definito da specifiche compromissioni nel funzionamento della personalità (Criterio A) e caratteristici tratti di personalità patologici (Criterio B):

- Caratteristiche tipiche del **disturbo antisociale di personalità** sono una incapacità a conformarsi al comportamento sancito dalla legge ed etico e un'egocentrica, insensibile mancanza di preoccupazione per gli altri, accompagnate da falsità, irresponsabilità, manipolatorietà e/o tendenza a correre rischi.
- Caratteristiche tipiche del **disturbo evitante di personalità** sono l'evitamento delle situazioni sociali e l'inibizione nei rapporti interpersonali legati a sentimenti di inettitudine e inadeguatezza, preoccupazione ansiosa per la possibilità di essere valutati negativamente e rifiutati, paura di apparire ridicoli o sentirsi in imbarazzo.
- Caratteristiche tipiche del **disturbo borderline di personalità** sono l'instabilità dell'immagine di sé, degli obiettivi personali, delle relazioni interpersonali e affettive, accompagnata da impulsività, tendenza a correre rischi e/o ostilità.
- Caratteristiche tipiche del **disturbo narcisistico di personalità** sono l'autostima instabile e fragile, con tentativi di regolarla per mezzo della ricerca di attenzione e di approvazione, oppure una manifesta o celata grandiosità.
- Caratteristiche tipiche del **disturbo ossessivo-compulsivo di personalità** sono la difficoltà a stabilire e mantenere rapporti stretti, associata a perfezionismo rigido, mancanza di flessibilità e ridotta capacità di espressione emotiva.
- Caratteristiche tipiche del **disturbo schizotipico di personalità** sono le compromissioni nella capacità di stabilire relazioni sociali e affettive, ed eccentricità nella cognizione, nella percezione e nel comportamento, che sono associate a un'immagine di sé distorta e a obiettivi personali incoerenti e sono accompagnate da sospettosità e ridotta capacità di espressione emotiva.

Seguono i Criteri A e B per i sei disturbi di personalità specifici e per il DP-TS. Tutti i disturbi di personalità soddisfano anche gli altri criteri generali – da C a G – per il disturbo di personalità.

Disturbo antisociale di personalità

Caratteristiche tipiche del disturbo antisociale di personalità sono una incapacità a conformarsi al comportamento sancito dalla legge ed etico e un'egocentrica, insensibile mancanza di preoccupazione per gli altri, accompagnate da falsità, irresponsabilità, manipolatorietà e/o tendenza a correre rischi. Difficoltà caratteristiche sono evidenti in: identità, autodirezionalità, empatia e/o intimità – come descritto sotto – oltre che specifici tratti disadattivi nelle aree dell'Antagonismo e della Disinibizione.

Criteri diagnostici proposti

A. Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree:
   1. ***Identità***: Egocentrismo; autostima derivante dal vantaggio personale, dal potere o dal piacere.
   2. ***Autodirezionalità***: Definizione degli obiettivi sulla base della gratificazione personale; assenza di standard prosociali interni, associati a una incapacità di conformarsi alle norme, legalmente o culturalmente stabilite, di comportamento etico.
   3. ***Empatia***: Mancanza di preoccupazione per i sentimenti, i bisogni o la sofferenza degli altri; mancanza di rimorso dopo aver ferito o maltrattato un'altra persona.
   4. ***Intimità***: Incapacità di stabilire relazioni di mutua reciprocità, dal momento che lo sfruttamento è la principale modalità di entrare in relazione con gli altri, servendosi anche di inganno e coercizione; predominio o intimidazione per controllare gli altri.

B. Almeno sei dei seguenti tratti di personalità patologici:
   1. ***Manipolatorietà*** (un aspetto dell'**Antagonismo**): Uso frequente del sotterfugio per influenzare o controllare gli altri; uso di seduzione, fascino, loquacità o piaggeria per raggiungere i propri fini.
   2. ***Insensibilità*** (un aspetto dell'**Antagonismo**): Mancanza di preoccupazione per i sentimenti o i problemi altrui; mancanza di senso di colpa o di rimorso per gli effetti negativi o dannosi delle proprie azioni sugli altri; aggressività; sadismo.
   3. ***Inganno*** (un aspetto dell'**Antagonismo**): Disonestà e fraudolenza; rappresentazione fuorviante di sé; esagerazione o invenzione di eventi nel racconto.
   4. ***Ostilità*** (un aspetto dell'**Antagonismo**): Sentimenti di rabbia duraturi o frequenti; rabbia o irritabilità in risposta a offese e insulti di poco conto; comportamento meschino, maligno o vendicativo.
   5. ***Tendenza a correre rischi*** (un aspetto della **Disinibizione**): Intraprendere attività pericolose, rischiose e potenzialmente dannose per sé, senza necessità e senza preoccuparsi delle conseguenze; tendenza ad annoiarsi e a iniziare sconsideratamente tali attività per contrastare la noia; inconsapevolezza dei propri limiti e negazione del reale pericolo per la persona.
   6. ***Impulsività*** (un aspetto della **Disinibizione**): Agire immediatamente in risposta a stimoli contingenti; agire su base momentanea, senza un piano o un esame dei risultati; difficoltà a formulare e seguire piani.
   7. ***Irresponsabilità*** (un aspetto della **Disinibizione**): Disinteresse per – e mancanza nell'onorare – obblighi o impegni finanziari e di altro genere; inadempienza nel rispettare – e nel portare a termine – accordi e promesse; incuria verso le proprietà altrui.

Nota: L'individuo ha almeno 18 anni di età.

Specificare se:

Con caratteristiche psicopatiche.

Specificatori. Una variante distinta, spesso definita *psicopatia* (o psicopatia "primaria"), è caratterizzata da mancanza di ansia o paura e da uno stile interpersonale sfrontato, che possono mascherare comportamenti disadattivi (per esempio, fraudolenza). Questa variante psicopatica è caratterizzata da bassi livelli di ansia (area dell'Affettività negativa) e di distacco (area del Distacco) e da alti livelli di ricerca dell'attenzione (area dell'Antagonismo). L'elevata ricerca di attenzione e lo scarso distacco danno ragione del-

la componente di potere sociale (assertivo/dominante) propria della psicopatia, mentre il basso livello di ansia dà ragione dell'immunità allo stress (stabilità emotiva/resilienza).

In aggiunta alle caratteristiche psicopatiche, aspetti specifici del funzionamento di tratto e di personalità possono essere usati per registrare la presenza di altre caratteristiche di personalità che possono essere presenti nel disturbo antisociale di personalità, ma che non sono necessarie per la diagnosi. Per esempio, i tratti di affettività negativa (come l'ansia) non rientrano nei criteri diagnostici del disturbo antisociale di personalità (si veda Criterio B), ma possono essere specificati se appropriati. Inoltre, anche se per formulare la diagnosi di disturbo antisociale di personalità (Criterio A) è necessaria una compromissione del funzionamento della personalità da moderata a elevata, il livello di tale funzionamento può anche essere specificato.

Disturbo evitante di personalità

Caratteristiche tipiche del disturbo evitante di personalità sono l'evitamento delle situazioni sociali e l'inibizione nei rapporti interpersonali, legati a sentimenti di inettitudine e inadeguatezza, preoccupazione ansiosa per la possibilità di essere valutati negativamente e rifiutati, paura di apparire ridicoli o sentirsi in imbarazzo. Difficoltà caratteristiche sono evidenti in: identità, autodirezionalità, empatia e/o intimità – come descritto sotto – oltre a specifici tratti disadattivi nelle aree dell'Affettività negativa e del Distacco.

Criteri diagnostici proposti

A. Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree:

1. ***Identità***: Scarsa autostima associata alla valutazione di sé come socialmente inetto, personalmente poco attraente o inferiore; sentimenti eccessivi di vergogna.
2. ***Autodirezionalità***: Standard di comportamento irrealistici, associati a riluttanza a perseguire obiettivi, assumere rischi personali o impegnarsi in nuove attività che comportano il contatto interpersonale.
3. ***Empatia***: Timore e vulnerabilità alla critica o al rifiuto, associate alla tendenza a ritenere, in maniera distorta, il giudizio degli altri negativo.
4. ***Intimità***: Riluttanza a mettersi in gioco con gli altri salvo quando si è sicuri di piacere; ridotta reciprocità all'interno delle relazioni intime a causa del timore di essere umiliato o ridicolizzato.

B. Almeno tre dei seguenti quattro tratti di personalità patologici, uno dei quali deve essere l'Ansia (1):

1. ***Ansia*** (un aspetto dell'**Affettività negativa**): Sensazioni intense di nervosismo, tensione o panico, spesso in reazione a situazioni sociali; preoccupazione per gli effetti negativi delle passate esperienze spiacevoli e delle eventualità negative future; sensazioni di timore e apprensione o sentirsi minacciati dall'incertezza; timore di sentirsi in imbarazzo.
2. ***Ritiro*** (un aspetto del **Distacco**): Reticenza nelle situazioni sociali; evitamento di contatti e attività sociali; mancanza di iniziativa nel contatto sociale.
3. ***Anedonia*** (un aspetto del **Distacco**): Mancanza di soddisfazione, impegno o energia nell'affrontare le esperienze della vita; deficit nella capacità di provare piacere o interesse nelle cose.
4. ***Evitamento dell'intimità*** (un aspetto del **Distacco**): Evitamento di rapporti coinvolgenti o affettivi, di legami interpersonali e di relazioni sessuali intime.

Specificatori. Tra i soggetti con diagnosi di disturbo evitante di personalità si riscontra una notevole eterogeneità nella forma di tratti di personalità additivi. Aspetti specifici del funzionamento di tratto e del livello di personalità possono essere usati per registrare la presenza di ulteriori caratteristiche di personalità che possono essere presenti nel disturbo evitante di personalità. Per esempio, altri tratti di Affettività negativa (come depressività, angoscia di separazione, sottomissione, sospettosità, ostilità) non sono criteri diagnostici per il disturbo evitante di personalità (☞ veda Criterio B), ma possono essere specificati al momento opportuno. Inoltre, anche se per formulare la diagnosi di disturbo evitante di personalità (Criterio A) è necessaria una compromissione del funzionamento della personalità da moderata a elevata, anche il livello di tale funzionamento può essere specificato.

Disturbo borderline di personalità

Caratteristiche tipiche del disturbo borderline di personalità sono l'instabilità dell'immagine di sé, degli obiettivi personali, delle relazioni interpersonali e degli affetti, accompagnata da impulsività, tendenza a correre rischi e/o ostilità.

Difficoltà caratteristiche sono evidenti in: identità, autodirezionalità, empatia e/o intimità – come descritto sotto – oltre a specifici tratti disadattivi nelle aree dell'Affettività negativa e dell'Antagonismo e/o Disinibizione.

Criteri diagnostici proposti

A. Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree:

1. ***Identità***: Immagine di sé marcatamente impoverita, scarsamente sviluppata o instabile, spesso associata a eccessiva autocritica; sentimenti cronici di vuoto; stati dissociativi sotto stress.
2. ***Autodirezionalità***: Instabilità in obiettivi, aspirazioni, valori o progetti relativi alla professione.
3. ***Empatia***: Compromessa capacità di riconoscere i sentimenti e i bisogni degli altri, associata a ipersensibilità interpersonale (per es., tendenza a sentirsi offesi o insultati); percezione degli altri selettivamente distorta rispetto a caratteristiche negative o vulnerabilità proprie.
4. ***Intimità***: Relazioni affettive intense, instabili e conflittuali, caratterizzate da diffidenza, dipendenza e preoccupazione ansiosa per l'abbandono, reale o immaginato; relazioni affettive spesso oscillanti tra gli estremi dell'idealizzazione e della svalutazione e alternanti tra eccessivo coinvolgimento e distacco.

B. Quattro o più dei seguenti sette tratti di personalità patologici, almeno uno dei quali deve essere impulsività (5), tendenza a correre rischi (6) o ostilità (7):

1. ***Labilità emotiva*** (un aspetto dell'**Affettività negativa**): Esperienze emotive instabili e frequenti cambiamenti di umore; emozioni che insorgono facilmente, sono intense e/o sproporzionate rispetto a eventi e circostanze.
2. ***Ansia*** (un aspetto dell'**Affettività negativa**): Intense sensazioni di nervosismo, tensione o panico, spesso in reazione a stress interpersonali; preoccupazione per gli effetti negativi di passate esperienze spiacevoli ed eventualità negative future; provare paura, apprensione o sentirsi minacciati dall'incertezza; timore di "crollare" o di perdere il controllo.
3. ***Angoscia di separazione*** (un aspetto dell'**Affettività negativa**): Timore di essere rifiutati o separarsi da figure significative, associato a paure di eccessiva dipendenza e completa perdita di autonomia.

4. ***Depressività*** (un aspetto dell'**Affettività negativa**): Sentirsi frequentemente tristi, infelici e/o senza speranza; difficoltà nel riprendersi da tali stati d'animo; pessimismo circa il futuro; vergogna pervasiva; sentimenti di disistima; pensieri di suicidio e comportamento suicidario.
5. ***Impulsività*** (un aspetto della **Disinibizione**): Agire immediatamente in risposta a stimoli contingenti; agire su base momentanea, senza un piano o un esame dei risultati; difficoltà a formulare e seguire piani; senso di urgenza e comportamento autolesivo sotto stress emotivo.
6. ***Tendenza a correre rischi*** (un aspetto della **Disinibizione**): Intraprendere attività pericolose, rischiose e potenzialmente dannose per sé, senza necessità e senza preoccuparsi delle conseguenze; noncuranza dei propri limiti e negazione del reale pericolo per la persona.
7. ***Ostilità*** (un aspetto dell'**Antagonismo**): Sentimenti di rabbia persistenti o frequenti; rabbia o irritabilità in risposta a offese e insulti di poco conto.

Specificatori. Aspetti specifici del funzionamento di tratto e del livello di personalità possono essere usati per registrare la presenza di ulteriori caratteristiche di personalità, che possono essere presenti nel disturbo borderline di personalità ma non sono necessarie per la diagnosi. Per esempio, i tratti di psicoticismo (per es., disregolazione cognitiva e percettiva) non sono criteri diagnostici per il disturbo borderline di personalità (si veda Criterio B), ma possono essere specificati se appropriati. Inoltre, anche se per formulare la diagnosi di disturbo borderline di personalità (Criterio A) è necessaria una compromissione del funzionamento della personalità da moderata a elevata, anche il livello di tale funzionamento può essere specificato.

Disturbo narcisistico di personalità

Caratteristiche tipiche del disturbo narcisistico di personalità sono l'autostima instabile e fragile, con tentativi di regolarla per mezzo della ricerca di attenzione e di approvazione, oppure una manifesta o celata grandiosità. Difficoltà caratteristiche sono evidenti in: identità, autodirezionalità, empatia e/o intimità, come descritto sotto – oltre che specifici tratti disadattivi nell'area dell'Antagonismo.

Criteri diagnostici proposti

A. Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree:
   1. ***Identità***: Eccessivo riferimento agli altri per la definizione di sé e la regolazione dell'autostima; autovalutazione esageratamente alta o bassa, o oscillante tra questi estremi; la regolazione emotiva rispecchia le fluttuazioni dell'autostima.
   2. ***Autodirezionalità***: Definizione degli obiettivi fondata sulla ricerca di approvazione da parte degli altri; standard personali irragionevolmente elevati, al fine di vedere se stessi come eccezionali, o troppo bassi basati sulla convinzione che "tutto sia dovuto"; frequente inconsapevolezza delle proprie motivazioni.
   3. ***Empatia***: Compromissione della capacità di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri; eccessiva attenzione alle reazioni degli altri, ma solo se percepite come rilevanti per sé; sovra- o sottostima del proprio effetto sugli altri.
   4. ***Intimità***: Rapporti in gran parte superficiali e intrattenuti con lo scopo di regolare la propria autostima; reciprocità ostacolata da un poco genuino interesse per le esperienze altrui e dalla predominanza del bisogno di un vantaggio personale.

B. Entrambi i seguenti tratti di personalità patologici:
   1. ***Grandiosità*** (un aspetto dell'**Antagonismo**): Manifesti o celati sentimenti che "tutto sia dovuto"; egocentrismo; ferma convinzione di essere migliori degli altri; "degnazione" verso gli altri.
   2. ***Ricerca di attenzione*** (un aspetto dell'**Antagonismo**): Eccessivi tentativi di attirare l'attenzione ed esserne al centro; ricerca di ammirazione.

Specificatori. Aspetti specifici del funzionamento di tratto e del livello di personalità possono essere usati per registrare la presenza di ulteriori caratteristiche di personalità, che possono essere presenti nel disturbo narcisistico di personalità ma non sono necessarie per la diagnosi. Per esempio, altri tratti antagonistici (come manipolatorietà, inganno, insensibilità) non sono criteri diagnostici per il disturbo narcisistico di personalità (si veda Criterio B), ma possono essere specificati quando sono presenti le caratteristiche antagonistiche più pervasive (come il "narcisismo maligno"). Altri tratti dell'Affettività negativa (per esempio, depressività, ansia) possono essere specificati per evidenziare quadri più "vulnerabili". Inoltre, anche se per formulare la diagnosi di disturbo narcisistico di personalità (Criterio A) è necessaria una compromissione del funzionamento della personalità da moderata a elevata, anche il livello di tale funzionamento può essere specificato.

Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

Caratteristiche tipiche del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sono la difficoltà a stabilire e mantenere rapporti stretti, associata a un perfezionismo rigido, mancanza di flessibilità e ridotta capacità di espressione emotiva. Difficoltà caratteristiche sono evidenti in: identità, autodirezionalità, empatia e/o intimità, come descritto sotto – oltre che specifici tratti disadattivi nelle aree dell'Affettività negativa e/o del Distacco.

Criteri diagnostici proposti

A. Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree:
   1. ***Identità***: Senso di sé derivante prevalentemente dal lavoro o dalla produttività; ridotta capacità di provare ed esprimere emozioni forti.
   2. ***Autodirezionalità***: Difficoltà nel portare a termine i compiti e realizzare gli obiettivi, associata a rigidi, irragionevolmente elevati e inflessibili standard interni di comportamento; atteggiamenti eccessivamente coscienziosi e moralistici.
   3. ***Empatia***: Difficoltà a comprendere e apprezzare le idee, i sentimenti o i comportamenti degli altri.
   4. ***Intimità***: Rapporti visti come secondari rispetto a lavoro e produttività; rigidità e testardaggine che influenzano negativamente i rapporti con gli altri.

B. Almeno tre dei seguenti quattro tratti di personalità patologici, uno dei quali deve essere il perfezionismo rigido (1):
   1. ***Perfezionismo rigido*** (un aspetto di estrema Coscienziosità [il polo opposto della Disinibizione]): Rigida ostinazione sul fatto che qualsiasi cosa debba essere impeccabile, perfetta e senza errori o difetti, incluse le prestazioni proprie e altrui; rinuncia alla tempestività per garantire la correttezza in ogni dettaglio; convinzione dell'esistenza di un'unica modalità corretta di fare le cose; difficoltà a cambiare idee e/o punto di vista; preoccupazione per i dettagli, l'organizzazione e l'ordine.

2. ***Perseverazione*** (un aspetto dell'**Affettività negativa**): Attitudine a insistere nello svolgimento di certe mansioni molto più a lungo di quanto risulti funzionale o efficace; perseverare nello stesso comportamento nonostante ripetuti fallimenti.
3. ***Evitamento dell'intimità*** (un aspetto del **Distacco**): Evitamento delle relazioni intime o affettive, dei legami interpersonali, delle relazioni sessuali.
4. ***Affettività ridotta*** (un aspetto del **Distacco**): Scarse reazioni a situazioni emotivamente eccitanti; ridotta capacità di provare ed esprimere le emozioni; indifferenza o freddezza.

Specificatori. Aspetti specifici del funzionamento di tratto e del livello di personalità possono essere usati per registrare la presenza di ulteriori caratteristiche di personalità che possono essere presenti nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, ma non sono necessarie per la diagnosi.

Per esempio, altri tratti dell'Affettività negativa (come l'ansia) non sono criteri diagnostici per il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (si veda Criterio B), ma possono essere specificati se appropriati. Inoltre, anche se per formulare la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (Criterio A) è necessaria una compromissione del funzionamento della personalità da moderata a elevata, anche il livello di tale funzionamento può essere specificato.

Disturbo schizotipico di personalità

Caratteristiche tipiche del disturbo schizotipico di personalità sono le compromissioni della capacità di stabilire relazioni sociali e affettive, ed eccentricità nella cognizione, nella percezione e nel comportamento che sono associate a un'immagine di sé distorta e a obiettivi personali incoerenti e sono accompagnate da sospettosità e ridotta capacità di espressione emotiva. Difficoltà caratteristiche sono evidenti in: identità, autodirezionalità, empatia e/o intimità, con specifici tratti disadattivi nelle aree dello Psicoticismo e del Distacco.

Criteri diagnostici proposti

A. Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree:
   1. ***Identità***: Confini confusi tra sé e gli altri; distorta concezione di sé; espressione emotiva spesso non congruente con il contesto o l'esperienza interna.
   2. ***Autodirezionalità***: Obiettivi non realistici o incoerenti; indeterminatezza degli standard interni.
   3. ***Empatia***: Pronunciate difficoltà nel comprendere l'impatto dei propri comportamenti sugli altri; frequenti interpretazioni errate delle motivazioni e dei comportamenti altrui.
   4. ***Intimità***: Marcato deficit nello sviluppare rapporti intimi, associato a diffidenza e ansia.

B. Quattro o più dei seguenti sei tratti patologici di personalità:
   1. ***Disregolazione cognitiva e percettiva*** (un aspetto dello **Psicoticismo**): Processi di pensiero bizzarri o insoliti; pensiero o eloquio vago, circostanziale, metaforico, ridondante o stereotipato; strane sensazioni in diverse modalità sensoriali.
   2. ***Convinzioni ed esperienze inusuali*** (un aspetto dello **Psicoticismo**): Contenuti di pensiero e visioni della realtà che sono considerati dagli altri come bizzarri o idiosincratici; insolite esperienze di realtà.

   3. ***Eccentricità*** (un aspetto dello **Psicoticismo**): Comportamento o aspetto strano, insolito o bizzarro; affermazioni insolite o inappropriate.
   4. ***Affettività ridotta*** (un aspetto del **Distacco**): Scarsa reazione a situazioni emotivamente eccitanti; ridotta capacità di provare ed esprimere le emozioni; indifferenza o freddezza.
   5. ***Ritiro*** (un aspetto del **Distacco**): Preferenza per il restare da soli piuttosto che con gli altri; ritiro nelle situazioni sociali; evitamento di contatti e di attività sociali; carente iniziativa nel contatto sociale.
   6. ***Sospettosità*** (un aspetto del **Distacco**): Attesa di – ed eccessiva sensibilità ai – segni di malevolenza o aggressività interpersonale; dubbi sulla lealtà e la fedeltà degli altri; vissuti di persecuzione.

Specificatori. Aspetti specifici del funzionamento di tratto e del livello di personalità possono essere usati per registrare la presenza di ulteriori caratteristiche di personalità che possono essere presenti nel disturbo schizotipico di personalità ma non sono necessarie per la diagnosi. Per esempio, altri tratti dell'Affettività negativa (come la depressività o l'ansia) non sono criteri diagnostici per il disturbo schizotipico di personalità (si veda Criterio B), ma possono essere specificati al momento opportuno. Inoltre, anche se per formulare la diagnosi di disturbo schizotipico di personalità (Criterio A) è necessaria una compromissione del funzionamento della personalità da moderata a elevata, anche il livello di tale funzionamento può essere specificato.

Disturbo di personalità tratto-specifico

Criteri diagnostici proposti

A. Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree:
   1. ***Identità***
   2. ***Autodirezionalità***
   3. ***Empatia***
   4. ***Intimità***

B. Una o più delle aree dei tratti patologici della personalità o specifiche sfaccettature del tratto all'interno delle singole aree, considerando **tutte** quelle seguenti:
   1. **Affettività negativa** (in contrapposizione a Stabilità emotiva): Frequenti e intense esperienze di alti livelli di una vasta gamma di emozioni negative (per es., ansia, depressione, senso di colpa/vergogna, paura, rabbia) e comportamenti (per es., autolesività) e manifestazioni interpersonali (per es., dipendenza) a esse conseguenti.
   2. **Distacco** (in contrapposizione a Estroversione): Evitamento dell'esperienza socioemotiva, comprendente sia il ritiro dalle interazioni interpersonali (che vanno da quelle casuali quotidiane ai rapporti di amicizia, alle relazioni affettive) sia una ridotta attitudine a provare ed esprimere gli affetti, in particolare una limitata capacità di provare piacere.
   3. **Antagonismo** (in contrapposizione a Disponibilità): Comportamenti che mettono l'individuo in contrasto con le altre persone, tra cui un esagerato senso della propria importanza e una concomitante aspettativa di un trattamento speciale, così come una dura mancanza di empatia verso gli altri, che comprende sia l'inconsapevolezza degli altrui bisogni e sentimenti sia la tendenza a usare gli altri in funzione del proprio vantaggio.

4. **Disinibizione** (in contrapposizione a Coscienziosità): Orientamento verso la gratificazione immediata, che sostiene comportamenti impulsivi guidati da pensieri, sentimenti e stimoli esterni contingenti, senza tener conto né delle esperienze passate né delle conseguenze future.
5. **Psicoticismo** (in contrapposizione a Lucidità mentale): Manifestazione di una vasta gamma di comportamenti e pensieri culturalmente incongruenti, strani, eccentrici o inusuali, sia nei processi (per es., percezione, dissociazione) sia nei contenuti (per es., convinzioni personali).

Sottotipi. Poiché le caratteristiche di personalità variano continuamente lungo molteplici dimensioni di tratto, un insieme completo di potenziali espressioni del disturbo di personalità tratto-specifico DP-TS può essere rappresentata dal modello dimensionale del DSM-5 delle varianti dei tratti di personalità disadattivi (si veda Tabella 3, pp. 904-906). Pertanto, per il DP-TS non sono necessari i sottotipi, e vengono invece forniti gli elementi descrittivi che costituiscono la personalità, disposti in un modello su base empirica. Questa sistematizzazione consente ai clinici di personalizzare la descrizione del profilo del disturbo di personalità di ogni soggetto, considerando tutti i cinque grandi domini di variazione dei tratti di personalità e basandosi sulle caratteristiche descrittive di questi domini necessarie alla caratterizzazione del soggetto.

Specificatori. Le specifiche caratteristiche di personalità dei soggetti vengono sempre registrate nella valutazione del Criterio B, in modo che la combinazione di funzioni che caratterizzano la personalità di un soggetto corrisponda direttamente agli specificatori di ogni caso. Per esempio, due soggetti, entrambi caratterizzati da labilità emotiva, ostilità e depressività, possono differire in modo tale che il primo sia caratterizzato anche da insensibilità, mentre il secondo non lo sia.

Procedure di scoring dei disturbi di personalità

Il requisito di due qualsiasi dei quattro Criteri A per ciascuno dei sei disturbi della personalità si basa sull'intento di massimizzare il rapporto di questi criteri con il disturbo di personalità a essi corrispondente. Anche le soglie diagnostiche per i Criteri B sono state fissate empiricamente per ridurre al minimo il cambiamento nella prevalenza dei disturbi considerati dal DSM-IV e la sovrapposizione con altri disturbi di personalità, e massimizzare i rapporti con la compromissione funzionale. I set di criteri diagnostici risultanti rappresentano fedelmente i disturbi di personalità clinicamente utili, nei termini delle principali compromissioni del funzionamento della personalità, dei diversi gradi di gravità e delle costellazioni di tratti di personalità patologici.

Diagnosi del disturbo di personalità

Ai soggetti che presentano un pattern di compromissione del funzionamento della personalità e tratti disadattivi che corrispondono a uno dei sei disturbi di personalità definiti, dovrebbe essere diagnosticato tale disturbo di personalità. Se un soggetto, in aggiunta a quelli richiesti per la diagnosi, ha anche uno o più tratti di primo piano che possono avere rilevanza clinica (si veda, per es., il disturbo narcisistico di personalità), si può annotarli come ulteriori specificatori. Ai soggetti il cui funzionamento di personalità o insieme di tratti è sostanzialmente diverso da quello di ognuno dei sei disturbi di personalità specifici, dovrebbe essere assegnata la diagnosi di DP-TS. Il soggetto può anche non soddisfare il numero richiesto di Criteri A o B e, quindi, presentare un disturbo di personalità sottosoglia. Oppure, il soggetto può presentare un misto delle caratteristiche dei vari disturbi di personalità o alcune caratteristiche che sono meno specifiche di un certo disturbo e quindi, più precisamente, rappresentano una forma mista o atipica. Il livello specifico di compromissione del funzionamento della personalità e i tratti di personalità patologici che caratterizzano la personalità dell'individuo possono essere specificati per il DP-TS utilizzando la Scala del livello di funzionamento della personalità (si veda Tabella 2) e la classificazione dei tratti patologici (si veda Tabella 3). Le attuali diagnosi dei disturbi di personalità paranoide, schizoide, istrionico e dipendente rientrano nella diagnosi di DP-TS; queste vengono definite attraverso una moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità e possono essere meglio delineate tramite significative combinazioni di tratti di personalità patologici.

Livello di funzionamento della personalità

Come la maggior parte delle attitudini umane, il funzionamento della personalità è distribuito lungo un continuum. Un ruolo centrale nel funzionamento e nell'adattamento è svolto dai modi soggettivi di concepire e capire se stessi e le proprie interazioni con gli altri. Un individuo con un funzionamento ottimale possiede un mondo psicologico complesso, estremamente elaborato e ben integrato, che include un concetto di sé solitamente positivo, volitivo e adattivo; una vita emotiva ricca, ampia, e opportunamente regolata; e la capacità di comportarsi come un membro produttivo della società con relazioni interpersonali reciproche e appaganti. All'estremo opposto del continuum, un individuo con una grave patologia di personalità possiede un mondo psicologico impoverito, disorganizzato e/o conflittuale, che include un concetto di sé labile, indefinito e disadattivo; una propensione per emozioni negative e disregolate; e una scarsa capacità di funzionamento interpersonale e comportamento sociale adattivo.

Definizione dimensionale del funzionamento del sé e interpersonale

Nel valutare la psicopatologia della personalità, la gravità generalizzata può essere il più importante fattore predittivo singolo di una concomitante o potenziale disfunzione. I disturbi di personalità sono caratterizzati in modo ottimale da un continuum di gravità riguardante la personalità in genere, ulteriormente definito da elementi stilistici, derivati dalle costellazioni di sintomi proprie di ciascun disturbo e dai tratti di personalità. Allo stesso tempo, il nucleo della psicopatologia della personalità è la compromissione dei pensieri e dei vissuti che riguardano se stessi e le relazioni interpersonali; questo concetto è coerente con molteplici teorie del disturbo di personalità e con le loro basi di ricerca. Le componenti della Scala del livello di funzionamento della personalità – identità, autodirezionalità, empatia e intimità (si veda Tabella 1) – hanno un ruolo centrale nel descrivere il continuum del funzionamento della personalità.

Le rappresentazioni mentali di se stessi e delle relazioni interpersonali si influenzano reciprocamente e sono indissolubilmente collegate, incidono sulla natura dell'interazione con i professionisti della salute mentale e possono avere un impatto significativo sia sull'efficacia che sull'esito del trattamento, sottolineando l'importanza di esaminare lo specifico concetto di sé di un individuo, così come le sue opinioni sulle altre persone

e sulle relazioni che intrattiene con queste. Sebbene il grado di alterazione nel funzionamento del sé e interpersonale sia distribuito lungo un continuum, per la caratterizzazione clinica e per la pianificazione e la prognosi del trattamento è utile considerare il livello di compromissione di tale funzionamento.

Valutazione del livello di funzionamento della personalità

Per utilizzare la Scala del livello di funzionamento della personalità, il clinico seleziona il livello che più si avvicina all'*attuale livello generale* di compromissione del funzionamento della personalità del soggetto. La valutazione è necessaria per la diagnosi di un disturbo di personalità (compromissione moderata o più grave) e può essere utilizzata per specificare la gravità della compromissione presente in un soggetto con disturbo di personalità in un determinato momento. Questa scala può anche essere utilizzata come indicatore globale del funzionamento della personalità senza tuttavia specificare la diagnosi di un preciso disturbo di personalità o, nel caso che la compromissione di personalità sia sottosoglia, la diagnosi di un disturbo.

Tratti di personalità

Definizione e descrizione

In questo modello alternativo, il Criterio B implica la valutazione di tratti di personalità raggruppati in cinque aree. Un *tratto di personalità* è la tendenza a sentire, percepire, comportarsi e pensare in modi relativamente costanti nel tempo e nelle situazioni in cui il tratto può manifestarsi. Per esempio, i soggetti con un alto livello del tratto *ansia* tenderanno facilmente a *sentirsi* ansiosi, anche in circostanze in cui la maggior parte delle persone sarebbero calme e rilassate. I soggetti con un alto livello del tratto di ansia, inoltre, *percepiranno* certe situazioni come ansiogene più frequentemente dei soggetti con bassi livelli di questo tratto, e tenderanno a *comportarsi* in modo da evitare le situazioni che *pensano* li renderebbero ansiosi. Di conseguenza, essi tenderanno a *considerare* il mondo come più ansiogeno rispetto ad altre persone.

È importante sottolineare che i soggetti con un marcato tratto di ansia non saranno necessariamente ansiosi in ogni momento e in tutte le situazioni. I livelli di tratto dei soggetti possono anche cambiare e cambiano nel corso della vita. Alcune variazioni sono molto comuni e riflettono la maturazione (per esempio, gli adolescenti hanno, in genere, un tratto di impulsività più elevato degli adulti più anziani), mentre altri cambiamenti riflettono le esperienze di vita soggettive.

Dimensionalità dei tratti di personalità. Tutti gli individui possono essere collocati sullo spettro delle dimensioni di tratto; in altri termini, i tratti della personalità si applicano a tutti in gradi diversi, piuttosto che essere del tutto presenti o assenti. Inoltre, i tratti di personalità, compresi quelli specificamente indicati nel modello della Sezione III, si collocano su uno spettro con due opposte polarità. Per esempio, l'opposto del tratto *insensibilità* è la tendenza a essere empatico e di buon cuore, anche in circostanze in cui la maggior parte delle persone non si sentirebbe così. Pertanto, anche se nella Sezione III questo tratto è chiamato *insensibilità*, perché quel polo della dimensione è il focus primario, potrebbe essere descritto per intero come *insensibilità in contrapposizione alla bontà d'animo*. Inoltre, il polo opposto può essere riconosciuto ma non essere adattivo in tutte le circostanze (per esempio, le persone che, a causa di un'estrema bontà d'animo, si lasciano ripetutamente sfruttare da altre senza scrupoli).

Struttura gerarchica della personalità. Alcune denominazioni di tratto sono molto specifiche (per es., "chiacchierone") e descrivono una ristretta gamma di comportamenti, mentre altre sono abbastanza ampie (per es., distacco) e caratterizzano una vasta gamma di tendenze comportamentali. Le dimensioni di tratto ampie sono chiamate *domini* e le dimensioni di tratto specifiche sono chiamate *sfaccettature*. I *domini* dei tratti di personalità comprendono uno spettro di *sfaccettature* della personalità più specifiche che tendono a verificarsi insieme. Per esempio, ritiro e anedonia sono specifiche *sfaccettature* del tratto nel *dominio* del Distacco. Nonostante qualche variazione trasversale alle culture nelle sfaccettature del tratto di personalità, i grandi domini composti dal loro insieme sono relativamente coerenti nelle diverse culture.

Modello del tratto di personalità

Il sistema del tratto di personalità della Sezione III comprende cinque grandi domini delle varianti di tratto di personalità – Affettività negativa (in contrapposizione a Stabilità emotiva), Distacco (in contrapposizione a Estroversione), Antagonismo (in contrapposizione a Disponibilità), Disinibizione (in contrapposizione a Coscienziosità) e Psicoticismo (in contrapposizione a Lucidità mentale) – ciascuna composta da 25 specifiche sfaccettature del tratto. La Tabella 3 fornisce le definizioni di tutti i domini e gli aspetti di personalità. Questi cinque ampi domini sono le varianti disadattive dei cinque domini presenti nel modello di personalità, ampiamente validato e replicato, noto come "Big Five", o Five Factor Model della personalità (FFM) e sono anche simili a quelli del Personality Psychopathology Five (PSY-5). Le 25 specifiche sfaccettature rappresentano un elenco di sfaccettature della personalità scelte per la loro rilevanza clinica.

Anche se il modello del tratto si concentra su tratti di personalità associati a forme psicopatologiche, ci sono tratti di personalità sani, adattivi e resistenti identificati come poli opposti di questi tratti, come indicato sopra tra parentesi (cioè Stabilità emotiva, Estroversione, Socievolezza, Coscienziosità e Lucidità mentale). La loro presenza può notevolmente ridurre gli effetti dei disturbi mentali e facilitare il coping e il recupero in caso di lesioni traumatiche e altre condizioni mediche.

Tratti distintivi, sintomi e comportamenti specifici

Anche se i tratti non sono affatto immutabili e cambiano nel corso della vita, mostrano una relativa coerenza rispetto a sintomi e comportamenti specifici. Per esempio, una persona può comportarsi impulsivamente in un determinato momento per un motivo specifico (per es., una persona raramente impulsiva decide improvvisamente di spendere molti soldi per un oggetto perché si presenta un'occasione straordinaria di acquistare qualcosa di eccezionale valore), ma è solo quando i comportamenti si ripetono nel corso del tempo e delle circostanze, in modo tale che un pattern di comportamento si distingue da quello degli altri, che essi riflettono i tratti. Tuttavia, è importante riconoscere, per esempio, che anche le persone impulsive non agiscono sempre impulsivamente. Un tratto è una tendenza o disposizione verso comportamenti specifici; un comportamento specifico è un'espressione o manifestazione di un tratto.

Allo stesso modo, i tratti si distinguono dalla maggior parte dei sintomi perché questi tendono ad aumentare e diminuire, mentre i tratti sono relativamente più stabili. Per esempio, i soggetti con alti livelli di *depressività* hanno una maggiore probabilità di sperimentare isolati episodi di un disturbo depressivo e di manifestarne i sintomi, come la difficoltà di concentrazione. Tuttavia, anche nei pazienti che hanno una pro-

pensione alla *depressività,* di solito ricorrono isolati episodi di disturbi dell'umore e i sintomi specifici, come la difficoltà di concentrazione, tendono ad aumentare e diminuire in concomitanza con episodi specifici, cosicché essi non fanno parte della definizione del tratto. È importante sottolineare, comunque, che sia i sintomi che i tratti sono suscettibili di trattamento e molti interventi mirati ai sintomi possono influenzare i pattern di funzionamento della personalità a lungo termine che vengono definiti dai tratti.

Valutazione del modello del tratto di personalità della Sezione III del DSM-5

L'utilità clinica del modello multidimensionale del tratto di personalità, esposto nella Sezione III, risiede nella sua capacità di focalizzare l'attenzione sulle molteplici aree significative nella variazione della personalità di ogni singolo paziente. Invece che focalizzare l'attenzione sull'identificazione di una e una sola etichetta diagnostica ottimale, l'applicazione clinica del modello del tratto di personalità della Sezione III implica il prendere in considerazione tutti i cinque ampi domini di personalità descritti nella Tabella 3. L'approccio clinico alla personalità è simile al ben noto esame dei sistemi nella clinica medica. Per esempio, il problema lamentato da un individuo può presentarsi con un sintomo neurologico specifico, tuttavia, durante la valutazione iniziale, i medici considerano sistematicamente il funzionamento di tutti i sistemi interessati (per es., cardiovascolare, respiratorio, gastrointestinale), affinché non venga trascurato il malfunzionamento di un settore importante e le corrispondenti opportunità di intervenire in modo efficace.

L'uso clinico del modello del tratto di personalità della Sezione III procede in modo analogo. Un'indagine iniziale prende in esame tutti i cinque ampi domini della personalità. Quest'analisi sistematica è facilitata dall'uso di sperimentati strumenti psicometrici progettati per misurare le specifiche sfaccettature e domini della personalità. Per esempio, il modello del tratto di personalità è operazionalizzato nel Personality Inventory per il DSM-5 (PID-5), che può essere compilato dai pazienti nella forma autosomministrata, e da chi li conosce bene (per es., un coniuge) nella versione per l'informatore. Un'accurata valutazione clinica comporterebbe la raccolta dei dati di entrambe le forme del questionario riguardo alle 25 sfaccettature del modello del tratto di personalità. Tuttavia, se questo non è possibile per mancanza di tempo o per altre ragioni, la valutazione basata sul livello dei cinque domini principali è un'opzione clinica accettabile qualora sia necessaria solo una descrizione generale (e non particolareggiata) della personalità di un paziente (si veda Criterio B del DP-TS). Tuttavia, se i problemi di personalità sono il focus del trattamento, sarà importante valutare sia le sfaccettature del tratto sia i domini della personalità dei soggetti.

Poiché i tratti della personalità sono distribuiti nella popolazione secondo un continuum, un approccio per stabilire se un tratto specifico è elevato (e quindi rilevante a fini diagnostici) potrebbe comportare, per quel tratto di personalità, il confronto fra i livelli del soggetto in esame e quelli normativi della popolazione e/o un giudizio clinico. Se un tratto è elevato – cioè se una valutazione psicometrica formale e/o dati rilevati in un'intervista supportano un giudizio clinico di innalzamento – allora è considerato un elemento che contribuisce a soddisfare il Criterio B per i disturbi di personalità della Sezione III.

Utilità clinica del modello multidimensionale del funzionamento e del tratto di personalità

Entrambi i concetti di disturbo e di tratto acquistano reciprocamente valore nel prevedere altre variabili diagnostiche: pregresse (per es., la storia familiare, eventuali abusi subiti nell'infanzia), presenti (per es., la compromissione funzionale, l'uso di farmaci) e predittive (per es., l'ospedalizzazione, i tentativi di suicidio). Secondo il DSM-5, le compromissioni del funzionamento della personalità e i tratti di personalità patologici contribuiscono, ciascuno in modo indipendente, alle decisioni cliniche sul grado di disabilità, i rischi di autolesività, violenza e criminalità, il tipo e l'intensità del trattamento raccomandato e la prognosi – tutti aspetti importanti per l'utilità della diagnosi psichiatrica. In particolare, conoscere il livello di funzionamento della personalità di un soggetto e il suo profilo di tratti patologici fornisce al clinico una ricca base di informazioni, ed è prezioso nella pianificazione del trattamento e nel predire il decorso e l'esito, oltre che dei disturbi di personalità, di molti altri disturbi mentali. Pertanto, la valutazione del funzionamento della personalità e dei tratti di personalità patologici può essere importante, che una persona abbia o non abbia un disturbo di personalità.

Tabella 2 Scala del livello di funzionamento della personalità

Livello di compromissione	Sé		Interpersonale	
	Identità	Autodirezionalità	Empatia	Intimità
0 – Nessuna o poca compromissione	Ha una costante e unitaria consapevolezza di sé. Mantiene confini appropriati al ruolo.	Pianifica e persegue obiettivi ragionevoli basati su una realistica valutazione delle proprie capacità.	Nella maggior parte delle situazioni è in grado di comprendere con precisione le esperienze e le motivazioni degli altri.	Intrattiene numerose relazioni soddisfacenti e durature nella vita privata e sociale.
	Ha un'autostima positiva, coerente e autoregolata, unita a una corretta valutazione di sé.	Utilizza adeguati standard comportamentali, realizzandosi in diversi ambiti.	Comprende e considera il punto di vista degli altri, anche se non lo condivide.	Desidera e si impegna in diverse relazioni affettuose, premurose e reciproche.
	È capace di percepire, tollerare e regolare una gamma completa di emozioni.	Può riflettere, attribuendovi un significato costruttivo, sulle proprie esperienze interiori.	È consapevole dell'effetto delle proprie azioni sugli altri.	Si adopera per la collaborazione e il bene comune e risponde in modo flessibile alla gamma di idee, emozioni e comportamenti degli altri.
1 – Lieve compromissione	Ha un senso di sé relativamente integro, con alcune cadute nella nettezza dei confini quando è sottoposto a forti emozioni e stress mentale.	È eccessivamente orientato verso gli obiettivi, in qualche modo inibito rispetto a essi o è ambivalente nei loro confronti.	La sua capacità di apprezzare e comprendere e considerare le esperienze degli altri è in qualche modo compromessa; può avere la tendenza a vedere gli altri come se avessero aspettative irragionevoli o un desiderio di controllo nei suoi confronti.	È in grado di stabilire rapporti personali e sociali duraturi, con alcune limitazioni nel grado di profondità e soddisfazione.
	A volte ha una ridotta autostima, unita a una valutazione di sé eccessivamente critica o in qualche modo distorta.	Può avere standard personali irrealistici o socialmente inadeguati, che limitano alcuni aspetti nella realizzazione.	Sebbene sia in grado di comprendere e considerare punti di vista diversi, ha resistenza nel farlo.	È capace di desiderare e di stringere relazioni intime e reciproche, ma può essere inibito, e a volte impedito, nell'esprimerle adeguatamente se insorgono emozioni intense o conflitti.
	Può vivere con disagio le emozioni forti e la gamma delle (sue) esperienze emotive è ridotta.	È in grado di riflettere sulle proprie esperienze interiori, ma può dare eccessivo risalto a un singolo aspetto della conoscenza di sé (per es., intellettuale, emotivo).	Ha una consapevolezza incostante delle conseguenze che il proprio comportamento ha sugli altri.	La collaborazione può essere inibita da standard irrealistici; a volte ha una limitata capacità di rispettare e rispondere a idee, emozioni e comportamenti degli altri.

Livello di compromissione	Sé		Interpersonale	
	Identità	Autodirezionalità	Empatia	Intimità
2 – Moderata compromissione	Dipende eccessivamente dagli altri per la definizione della propria identità, i cui confini non sono ben delineati.	Molto spesso i suoi obiettivi sono un mezzo per ottenere l'approvazione esterna piuttosto che realmente sentiti e quindi possono mancare di coerenza e/o stabilità.	È ipersintonizzato con i vissuti degli altri, ma solo relativamente a ciò che percepisce rilevante per sé.	È in grado di desiderare e stabilire relazioni nella vita privata e sociale, ma i legami possono essere in gran parte superficiali.
	Ha un'autostima fragile, controllata dall'esagerata preoccupazione per la valutazione esterna e dalla ricerca di approvazione. Ha un senso di incompiutezza o di inferiorità, e una compensatoria valutazione di sé grandiosa o svalutata.	I suoi standard personali possono essere irragionevolmente elevati (per es., la necessità di essere speciale o di piacere agli altri) o bassi (per es., non adeguati ai valori sociali dominanti). La realizzazione è compromessa da un senso di mancanza di autenticità.	È eccessivamente autoreferenziale; la capacità di considerare e comprendere le esperienze altrui e di tener conto di punti di vista diversi dai suoi è compromessa in modo significativo.	Le relazioni intime si basano prevalentemente sul soddisfacimento dei suoi bisogni di autoregolazione e autostima, con una irrealistica aspettativa di essere perfettamente compreso dagli altri.
	La regolazione emotiva dipende dalla valutazione esterna positiva. Minacce alla stima di sé possono generare forti emozioni come rabbia o vergogna.	Ha una ridotta capacità di riflettere sulle proprie esperienze interiori.	È generalmente inconsapevole o disinteressato all'effetto del proprio comportamento sugli altri, o ha una valutazione non realistica di tale effetto.	Tende a non vedere le relazioni in termini di reciprocità e collabora prevalentemente per interessi personali.

→

Livello di compromissione	Sé		Interpersonale	
	Identità	Autodirezionalità	Empatia	Intimità
3 – Grave compromissione	Ha un debole senso di autonomia/di sé come agente; prova una mancanza di identità, o il vuoto. I confini fra sé e gli altri sono scarsi o rigidi: può mostrare iperidentificazione con gli altri, eccessiva indipendenza, o oscillare tra questi estremi. La sua fragile autostima è facilmente influenzata dagli eventi e l'immagine di sé manca di coerenza. La valutazione di sé non ha sfumature: prova disgusto di sé, si sente esageratamente importante, o un'illogica, irrealistica combinazione di questi estremi. Le emozioni possono essere rapidamente mutevoli o esservi un cronico, irriducibile sentimento di disperazione.	Ha difficoltà a stabilire e/o conseguire obiettivi personali. Gli standard interni di comportamento sono vaghi o contraddittori. La vita è vissuta come priva di significato o pericolosa. La capacità di riflettere sui propri processi mentali e di non comprenderli è compromessa in modo significativo.	La capacità di considerare e comprendere i pensieri, i sentimenti e il comportamento di altre persone è notevolmente limitata; può riconoscere aspetti molto specifici delle esperienze altrui, in particolare vulnerabilità e sofferenze. Generalmente non è in grado di prendere in considerazione il punto di vista di altre persone; si sente fortemente minacciato da divergenze di opinioni o punti di vista alternativi. È confuso o inconsapevole dell'impatto delle proprie azioni sugli altri; è frequentemente disorientato rispetto a pensieri e azioni delle persone, attribuendo loro, spesso ed erroneamente, intenti distruttivi.	Ha qualche desiderio di stabilire relazioni sociali e ha una vita privata, ma la capacità di avere legami positivi e duraturi è significativamente compromessa. Le relazioni sono basate su una forte convinzione di aver assolutamente bisogno dell'affetto dell'altro/altri e/o sul timore di essere abbandonato o maltrattato. I sentimenti verso l'intimo coinvolgimento con gli altri si alternano tra la paura/rifiuto e il disperato desiderio di legame. Poca reciprocità: gli altri sono concepiti soprattutto in relazione all'impatto (negativo o positivo) che hanno su di sé; gli sforzi di collaborazione sono spesso interrotti a causa della percezione di offese da parte degli altri.

Livello di compromissione	Sé		Interpersonale	
	Identità	Autodirezionalità	Empatia	Intimità
4 – Estrema compromissione	L'esperienza di un sé unitario e il senso di sé come agente/l'autonomia sono praticamente assenti, o sono incentrati sulla percezione di una persecuzione esterna. I confini con gli altri sono confusi o mancanti. Ha un'immagine di sé debole o distorta, facilmente minacciata dalle interazioni con gli altri; vi sono significative distorsioni e confusione nella valutazione di sé. Le emozioni non sono congruenti con il contesto o l'esperienza interiore. I sentimenti predominanti, anche se disconosciuti o attribuiti ad altri, possono essere l'odio e l'aggressività.	Ha scarsa differenziazione fra pensieri e azioni, quindi la capacità di definire degli obiettivi è gravemente compromessa, con obiettivi irrealistici o incoerenti. Gli standard interni di comportamento sono praticamente assenti. Un'autentica realizzazione è praticamente inconcepibile. È profondamente incapace di riflettere in modo costruttivo sulla propria esperienza. Le motivazioni personali possono non essere riconosciute e/o sperimentate come esterne a sé.	Ha una pronunciata incapacità di considerare e comprendere l'esperienza e la motivazione degli altri. L'attenzione per il punto di vista degli altri è praticamente assente (l'attenzione è ipervigile, focalizzata sul soddisfare una necessità o evitare un danno). Le interazioni sociali possono essere fonte di confusione e disorientamento.	Il desiderio di affiliazione è limitato a causa del profondo disinteresse o del timore di essere danneggiato. Il rapporto con gli altri è distaccato, disorganizzato o costantemente negativo. I rapporti sono concepiti quasi esclusivamente in termini di capacità di offrire conforto o infliggere dolore e sofferenza. Il comportamento sociale/interpersonale non è reciproco; anzi, cerca soddisfazione dei bisogni di base o fuga dal dolore.

Tabella 3 Definizioni dei domini e delle sfaccettature del tratto dei disturbi di personalità del DSM-5

Domini e aspetti (Opposte polarità)	Definizioni
Affettività negativa (vs. Stabilità emotiva)	Esperienze frequenti e intense di alti livelli di una vasta gamma di emozioni negative (per es., ansia, depressione, senso di colpa/vergogna, preoccupazione, rabbia) e delle relative manifestazioni comportamentali (per es., autolesività) e interpersonali (per es., dipendenza).
Labilità emotiva	Instabilità delle esperienze emotive e dell'umore; le emozioni, che insorgono facilmente, sono intense e/o sproporzionate rispetto a eventi e circostanze.
Ansia	Sensazioni di nervosismo, tensione o panico in reazione a differenti situazioni; frequente preoccupazione per gli effetti negativi delle passate esperienze spiacevoli e le eventualità negative future; sensazioni di timore e apprensione in situazioni di incertezza, prospettando il peggio.
Angoscia di separazione	Timore di rimanere soli a causa del rifiuto da parte di – e/o della separazione da – figure significative, che nasce da una mancanza di fiducia nelle proprie capacità di prendersi cura di se stessi, sia fisicamente che emotivamente.
Sottomissione	Adattamento del proprio comportamento a interessi e desideri, reali o presunti, di altre persone, anche quando ciò è antitetico ai propri interessi, bisogni o desideri.
Ostilità	Sentimenti di rabbia persistenti o frequenti; rabbia o irritabilità in risposta a offese e insulti di poco conto; comportamento meschino, malevolo o vendicativo. *Si veda* anche Antagonismo.
Perseverazione	Persistenza in un'attività o in un particolare modo di fare le cose molto più a lungo di quanto risulti funzionale o efficace; continuare nello stesso comportamento nonostante ripetuti fallimenti o palesi motivi per interromperlo.
Depressività	*Si veda* Distacco.
Sospettosità	*Si veda* Distacco.
Affettività ridotta (mancanza di)	La *mancanza* di questo aspetto caratterizza i *bassi livelli* di Affettività negativa. *Si veda* Distacco per la definizione di questo aspetto.
Distacco (vs. Estroversione)	Evitamento dell'esperienza socioemotiva, comprendente sia il ritiro dalle interazioni interpersonali (che vanno da quelle casuali quotidiane ai rapporti di amicizia, alle relazioni affettive) sia ridotta capacità di provare ed esprimere gli affetti, in particolare limitata capacità di provare piacere.
Ritiro	Preferenza per il restare da soli piuttosto che con gli altri; reticenza nelle situazioni sociali; evitamento di contatti e di attività sociali; mancanza di iniziativa nel contatto sociale.
Evitamento dell'intimità	Evitamento di relazioni intime o affettive, di stretti legami interpersonali e di relazioni sessuali.
Anedonia	Incapacità di trarre godimento da/ impegnarsi in/ o trovare l'energia per le esperienze della vita; deficit nella capacità di provare piacere o interesse per le cose.
Depressività	Sentimenti di scoraggiamento, infelicità e/o mancanza di speranza; difficoltà nel riprendersi da tali stati d'animo; pessimismo circa il futuro; vergogna e/o senso di colpa pervasivi; sentimenti di scarsa autostima; pensieri di suicidio e comportamento suicidario.

Domini e aspetti (Opposte polarità)	Definizioni
Affettività ridotta	Scarsa reazione a situazioni emotivamente eccitanti; ridotta capacità di provare ed esprimere le emozioni; indifferenza e freddezza nelle situazioni comunemente coinvolgenti.
Sospettosità	Attesa di – e sensibilità ai – segni di malevolenza o aggressività interpersonale; dubbi sulla lealtà e la fedeltà degli altri; sensazione di essere maltrattati, usati e/o perseguitati dagli altri.
Antagonismo (vs. Disponibilità)	Comportamenti che mettono l'individuo in contrasto con le altre persone, tra cui un esagerato senso della propria importanza e una concomitante aspettativa di essere trattati in modo speciale, così come una insensibile mancanza di empatia verso gli altri, che comprende sia l'inconsapevolezza degli altrui bisogni sia la tendenza a usare gli altri in funzione del proprio vantaggio.
Manipolatorietà	Uso del sotterfugio per influenzare o controllare gli altri; uso di seduzione, fascino, loquacità o piaggeria per raggiungere i propri fini.
Inganno	Disonestà e fraudolenza; fuorviante presentazione di sé; esagerazione o invenzione di eventi nel racconto.
Grandiosità	Convinzione di essere superiori agli altri e meritare un trattamento speciale; egocentrismo; sentimenti di "tutto è dovuto"; "degnazione" verso gli altri.
Ricerca di attenzione	Impegnarsi in comportamenti mirati a farsi notare e mettersi al centro dell'attenzione e dell'ammirazione altrui.
Insensibilità	Mancanza di preoccupazione per i sentimenti o i problemi altrui; mancanza di senso di colpa o di rimorso per gli effetti negativi o dannosi delle proprie azioni sugli altri.
Ostilità	*Si veda* Affettività negativa.
Disinibizione (vs. Coscienziosità)	Orientamento verso la gratificazione immediata, che porta a comportamenti impulsivi guidati da pensieri, sentimenti e stimoli esterni attuali, senza riguardo per l'esperienza passata o considerazione delle conseguenze future.
Irresponsabilità	Disinteresse per – e mancanza nell'onorare – obblighi o impegni finanziari e di altro genere; inadempienza nel rispettare – e nel portare a termine – accordi e promesse; incuria verso la proprietà altrui.
Impulsività	Agire immediatamente in risposta a stimoli contingenti; agire su base momentanea, senza un piano o un esame dei risultati; difficoltà a formulare e seguire piani; senso di urgenza e comportamento autolesivo se sottoposti a stress emotivo.
Distraibilità	Difficoltà di concentrazione e di focalizzazione sui compiti; l'attenzione è facilmente deviata da stimoli estranei; difficoltà a mantenere un comportamento finalizzato, che comprende sia la pianificazione che l'esecuzione di compiti.
Tendenza a correre rischi	Intraprendere attività pericolose, rischiose e potenzialmente dannose per sé, senza necessità e senza preoccuparsi delle conseguenze; noncuranza dei propri limiti e negazione del reale pericolo per la persona; sconsiderato perseguimento di obiettivi, indipendentemente dal loro livello di rischio.
Perfezionismo rigido (mancanza di)	Rigida ostinazione sul fatto che qualsiasi cosa debba essere impeccabile, perfetta e senza errori o difetti, incluse le prestazioni proprie e altrui; rinuncia alla tempestività per garantire la correttezza in ogni dettaglio; convinzione dell'esistenza di un'unica modalità corretta di fare le cose; difficoltà a cambiare idee e/o punto di vista; preoccupazione per i dettagli, l'organizzazione e l'ordine. La *mancanza* di questa sfaccettatura caratterizza *bassi livelli* di Disinibizione.

→

Domini e aspetti (Opposte polarità)	Definizioni
Psicoticismo (vs. Lucidità mentale)	Manifestazione di una vasta gamma di comportamenti e pensieri culturalmente incongruenti, bizzarri, eccentrici o insoliti, sia nei processi (per es., percezione, dissociazione) che nei contenuti (per es., convinzioni personali).
Convinzioni ed esperienze inusuali	Convinzione di possedere insolite capacità, come la lettura del pensiero, la telecinesi, la fusione pensiero-azione; insolite esperienze di realtà, tra cui quelle di tipo allucinatorio.
Eccentricità	Comportamento, aspetto e/o eloquio strani, inusuali o bizzarri; pensieri strani e imprevedibili; affermazioni insolite o inappropriate.
Disregolazione cognitiva e percettiva	Processi di pensiero ed esperienze strani o insoliti, tra cui depersonalizzazione, derealizzazione ed esperienze dissociative; esperienze di stati misti sonno-veglia; esperienze di controllo del pensiero.

Condizioni che necessitano di ulteriori studi

I set di criteri diagnostici qui proposti si riferiscono a quelle condizioni cliniche per le quali sono auspicate ricerche future. Gli item, le soglie e le durate specifiche contenuti in questi set di criteri per la ricerca sono stati stabiliti da un Expert Consensus – i cui membri erano al corrente di review della letteratura scientifica, nuove analisi dei dati e, quando disponibili, risultati di esperimenti sul campo – e intendono offrire un linguaggio comune per i medici e i ricercatori che sono interessati allo studio di questi disturbi. Si auspica che la ricerca permetta una migliore comprensione di queste condizioni e orienti le decisioni riguardo un loro possibile inserimento nelle prossime edizioni del DSM. La Task Force e i Work Group del DSM-5 hanno sottoposto ognuno dei set di criteri proposti a un'attenta review empirica e hanno stimolato un ampio commento da parte di esperti del campo e da parte del pubblico. La Task Force ha stabilito che esisteva un'evidenza insufficiente per giustificare l'inclusione di queste proposte tra le diagnosi ufficiali di disturbo mentale della Sezione II. *Questi set di criteri proposti non sono finalizzati all'uso clinico; solo i set di criteri e i disturbi presentati nella Sezione II del DSM-5 sono ufficialmente riconosciuti e possono essere usati per scopi clinici.*

Sindrome di psicosi attenuata

Criteri proposti

A. Almeno uno dei seguenti sintomi è presente in forma attenuata, con un giudizio di realtà relativamente intatto, ed è di severità e frequenza sufficienti da giustificare attenzione clinica:
   1. Deliri.
   2. Allucinazioni.
   3. Eloquio disorganizzato.

B. Il/i sintomo/i deve essere stato presente almeno una volta a settimana nell'ultimo mese.

C. Il/i sintomo/i deve essere iniziato o peggiorato nell'ultimo anno.

D. Il/i sintomo/i deve essere sufficientemente stressante e disabilitante per l'individuo da giustificare attenzione clinica.

E. Il/i sintomo/i non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, incluso un disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica.

F. Non sono mai stati soddisfatti i criteri per nessun disturbo psicotico.

Caratteristiche diagnostiche

I sintomi psicotici attenuati, come definito nel Criterio A, sono simili a quelli della psicosi ma sono al di sotto della soglia necessaria alla diagnosi di un disturbo psicotico pieno. In confronto ai disturbi psicotici, i sintomi sono meno severi e più transitori, e l'insight è relativamente conservato. Una diagnosi di sindrome di psicosi attenuata richiede una psicopatologia di stato associata a compromissione funzionale piuttosto che una patologia di tratto di lunga durata. La psicopatologia non appare progredita fino alla completa gravità psicotica. La sindrome di psicosi attenuata è un disturbo basato sulla patologia manifesta, sul funzionamento compromesso e sul disagio. Le variazioni nei vissuti e nei comportamenti sono notate dal soggetto e/o da altri, suggerendo un cambiamento nello stato mentale (per es., i sintomi sono di una gravità o di una frequenza sufficienti da giustificare attenzione clinica) (Criterio A). I deliri attenuati (Criterio A1) possono avere un contenuto ideativo di sospettosità/persecuzione comprendendo idee persecutorie di riferimento. L'individuo può avere un atteggiamento di circospezione e sfiducia. Quando i deliri sono di gravità moderata, l'individuo vede gli altri come non degni di fiducia e può essere ipervigile o percepire ostilità negli altri.

Quando i deliri sono severi, seppure ancora nello spettro attenuato, l'individuo presenta convinzioni poco organizzate riguardo pericoli o intenzioni ostili, ma i deliri non hanno la natura rigida che è necessaria per la diagnosi di un disturbo psicotico. Un atteggiamento di difesa durante il colloquio può interferire con la possibilità di raccogliere informazioni. Tramite l'utilizzo di prove contrarie è possibile ottenere un corretto riscontro della realtà, sebbene la propensione a vedere il mondo come ostile e pericoloso rimanga forte. I deliri attenuati possono avere un contenuto grandioso che si presenta come una sensazione irrealistica di possedere capacità superiori. Quando i deliri sono moderati, l'individuo nutre la convinzione di essere particolarmente dotato, influente o speciale. Quando i deliri sono gravi, l'individuo ha convinzioni di superiorità che spesso fanno allontanare gli amici e preoccupare i parenti. I pensieri di essere speciale possono portare a progetti e investimenti irrealistici, sebbene un certo scetticismo verso tali atteggiamenti possa essere indotto attraverso domande e confronti insistenti.

Le allucinazioni attenuate (Criterio A2) includono alterazioni nelle percezioni sensoriali, di solito uditive e/o visive. Quando le allucinazioni sono moderate, i suoni e le immagini sono spesso indefiniti (per es., ombre, tracce, aloni, brusii, rimbombi) e sono vissuti come inusuali o misteriosi. Quando le allucinazioni sono gravi, queste esperienze diventano più vivide e frequenti (per es., illusioni ricorrenti o allucinazioni che catturano l'attenzione e influenzano il pensiero e la concentrazione). Queste anomalie della percezione possono disturbare il comportamento, sebbene sia ancora inducibile un certo scetticismo circa la loro realtà.

La comunicazione disorganizzata (Criterio A3) può manifestarsi come discorso bizzarro (vago, metaforico, iperelaborato, stereotipato), eloquio non focalizzato (confuso, disordinato, troppo veloce o troppo lento, parole sbagliate, contesto non pertinente, deragliamento) o eloquio contorto (circostanziale, tangenziale). Quando la disorganizzazione è moderatamente grave, l'individuo parla frequentemente di argomenti non pertinenti ma risponde con facilità a richieste di chiarificazione. L'eloquio può essere bizzarro ma comprensibile. A un livello moderatamente severo, l'eloquio diventa contorto e circostanziato, e quando la disorganizzazione è grave l'individuo non riesce ad andare al punto senza un aiuto esterno (tangenzialità). A livello grave, possono raramente essere presenti blocchi del pensiero e perdita dei nessi associativi, specialmente quando l'individuo è sotto pressione, ma domande di riorientamento ristabiliscono rapidamente la struttura e l'organizzazione della conversazione.

L'individuo capisce che è in corso una variazione del proprio stato mentale e/o delle proprie relazioni. Mantiene una ragionevole consapevolezza rispetto all'esperienza simil-psicotica e generalmente si rende conto del fatto che le percezioni alterate non sono reali e che l'ideazione magica non è convincente. L'individuo deve provare disagio e/o una compromissione delle performance legate al funzionamento sociale e di ruolo (Criterio D), e l'individuo o altre persone affidabili devono notare i cambiamenti ed esprimere preoccupazione al punto di richiedere assistenza clinica.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

L'individuo può esperire pensiero magico, aberrazioni percettive, difficoltà nella concentrazione, elementi di disorganizzazione nel pensiero o nel comportamento, sospettosità eccessiva, ansia, ritiro sociale e alterazione del ritmo sonno-veglia. Funzioni cognitive compromesse e sintomi negativi sono spesso osservati. Le variazioni al neuroimaging distinguono gruppi di persone con sindrome di psicosi attenuata da gruppi di controllo sani aventi profili simili ma meno severi rispetto a quelli osservati nella schizofrenia. A ogni modo i dati rilevati al neuroimaging non hanno valore diagnostico a livello individuale.

Prevalenza

La prevalenza della sindrome di psicosi attenuata è sconosciuta. I sintomi del Criterio A non sono rari nella popolazione che non esprime una richiesta di aiuto medico, variando tra l'8 e il 13% per le esperienze allucinatorie e il pensiero delirante. Per quanto concerne la sindrome di psicosi attenuata, appare esistere una leggera preponderanza maschile.

Sviluppo e decorso

L'esordio della sindrome di psicosi attenuata è di solito nella media o tarda adolescenza o nella prima età adulta. La sindrome può essere preceduta da uno sviluppo normale o da segnali di compromissione cognitiva, sintomi negativi e/o un compromesso sviluppo sociale. Nei gruppi di pazienti che richiedono assistenza medica, circa il 18% in 1 anno e il 32% in 3 anni può presentare una progressione sintomatica e soddisfare i criteri per un disturbo psicotico. In alcuni casi, la sindrome può evolvere in un disturbo depressivo o un disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche, sebbene l'evoluzione verso un disturbo dello spettro della schizofrenia sia più frequente. Sembra che la diagnosi sia più propriamente assegnata a individui con età compresa tra 15 e 35 anni. Il decorso a lungo termine – oltre i 7-12 anni – non è stato ancora descritto.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I fattori che predicono la prognosi della sindrome di psicosi attenuata non sono stati caratterizzati in maniera definitiva, ma la presenza di sintomi negativi, di compromissione cognitiva e di funzionamento deficitario è associata a esito clinico insoddisfacente e a un aumentato rischio di evoluzione verso la psicosi.

Fattori genetici e fisiologici. Un'anamnesi familiare positiva per la psicosi aumenta il rischio dell'individuo con sindrome di psicosi attenuata di sviluppare un disturbo psicotico pieno. Alcuni dati di imaging strutturale, funzionale e neurochimico sono stati associati a un aumentato rischio di evoluzione verso la psicosi.

Conseguenze funzionali della sindrome di psicosi attenuata

Molti individui possono sperimentare compromissioni funzionali. Compromissioni da modeste a moderate nel funzionamento sociale e di ruolo possono persistere anche dopo la riduzione dei sintomi. Una sostanziale percentuale di individui con tale diagnosi migliora nel tempo; molti continuano ad avere sintomi e compromissione funzionale lievi, e molti altri presentano una remissione completa.

Diagnosi differenziale

Disturbo psicotico breve. Quando i sintomi della sindrome di psicosi attenuata si manifestano, possono inizialmente richiamare i sintomi del disturbo psicotico breve. A ogni modo, nella sindrome di psicosi attenuata i sintomi non oltrepassano la soglia della psicosi e il giudizio di realtà/l'insight rimane intatto.

Disturbo schizotipico di personalità. Il disturbo schizotipico di personalità, sebbene abbia caratteristiche sintomatiche simili a quelle della sindrome di psicosi attenuata, è un disturbo di tratto relativamente stabile che non soddisfa quindi gli aspetti stato-dipendenti (Criterio C) della sindrome di psicosi attenuata. Inoltre, è richiesto un più ampio spettro di sintomi per il disturbo schizotipico di personalità, anche se nelle prime fasi di presentazione clinica questo può assomigliare alla sindrome di psicosi attenuata.

Disturbi depressivi o bipolari. Le distorsioni della realtà che sono temporalmente limitate a un episodio di disturbo depressivo maggiore o di disturbo bipolare e che sono descrittivamente più caratteristiche di questi disturbi non soddisfano il Criterio E per la sindrome di psicosi attenuata. Per esempio, sentimenti di bassa autostima o di scarso rispetto da parte degli altri nel contesto di un disturbo depressivo maggiore non indicherebbero una comorbilità con la sindrome di psicosi attenuata.

Disturbi d'ansia. Le distorsioni della realtà che sono temporalmente limitate a un episodio di disturbo d'ansia e che sono descrittivamente più caratteristiche di un disturbo d'ansia non soddisfano il Criterio E per la sindrome di psicosi attenuata. Per esempio, la sensazione di essere al centro di attenzione indesiderata nel contesto dell'ansia sociale non indicherebbe una comorbilità con la sindrome di psicosi attenuata.

Disturbo bipolare II. Le distorsioni della realtà che sono temporalmente limitate a un episodio di mania o di ipomania e che sono descrittivamente più caratteristiche del disturbo bipolare non soddisfano il Criterio E per la sindrome di psicosi attenuata. Per esempio, un'aumentata stima di sé in un contesto di eloquio accelerato e ridotto bisogno di sonno non indicherebbe una comorbilità con la sindrome di psicosi attenuata.

Disturbo borderline di personalità. Le distorsioni della realtà che sono concomitanti con un disturbo borderline di personalità e che sono descrittivamente più caratteristiche di esso non soddisfano il Criterio E per la sindrome di psicosi attenuata. Per esempio, la sensazione di essere incapace di provare sentimenti nel contesto di un intenso timore di abbandono, reale o immaginato, e la presenza di automutilazioni ricorrenti non indicherebbero una comorbilità con la sindrome di psicosi attenuata.

Reazione di adattamento dell'adolescenza. Lievi sintomi transitori tipici del normale sviluppo e coerenti con il grado di stress vissuto non indicherebbero una sindrome di psicosi attenuata.

Limite estremo delle aberrazioni percettive e del pensiero magico nella popolazione non malata. Questa possibilità diagnostica dovrebbe essere fortemente considerata quando le distorsioni della realtà non sono associate a disagio, compromissione funzionale e bisogno di cure.

Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci. L'uso di sostanze è comune tra gli individui i cui sintomi soddisfano i criteri della sindrome di psicosi attenuata. Quando sintomi che altrimenti caratterizzerebbero il disturbo presentano uno stretto legame temporale con episodi di uso di sostanze, il Criterio E della sindrome di psicosi attenuata può non essere soddisfatto e può essere preferita una diagnosi di disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci.

Sindrome da deficit di attenzione/iperattività. Una storia di compromissione dell'attenzione non esclude una presente diagnosi di sindrome di psicosi attenuata. Una compromissione dell'attenzione precoce può rappresentare una condizione prodromica o una comorbilità con la sindrome da deficit di attenzione/iperattività.

Comorbilità

Gli individui con una sindrome di psicosi attenuata spesso provano ansia e/o depressione. Alcuni individui con diagnosi di sindrome di psicosi attenuata possono progredire verso altre diagnosi tra cui disturbo d'ansia, disturbo depressivo, bipolare e di personalità. In questi casi, la psicopatologia associata alla sindrome di psicosi attenuata viene riconcettualizzata come la fase prodromica di un altro disturbo e non come una condizione di comorbilità.

Episodi depressivi con ipomania di breve durata

Criteri proposti

Esperienza nel corso della vita di almeno un episodio depressivo maggiore che soddisfa i seguenti criteri:

A. Cinque (o più) dei seguenti criteri sono stati contemporaneamente presenti per un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è costituito da 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o di piacere. (**Nota:** Non includere sintomi che sono chiaramente attribuibili a una condizione medica.)

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es., si sente triste, vuoto, senza speranza) o come osservato dagli altri (per es., appare lamentoso). (**Nota:** Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.)
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri).
3. Significativa perdita di peso senza essere a dieta oppure aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno. (**Nota:** Nei bambini considerare l'incapacità di raggiungere i livelli ponderali normali per l'età.)
4. Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno.
5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato).

6. Faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno.
7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato).
8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o irresolutezza, quasi ogni giorno (sia come impressione soggettiva, sia osservata dagli altri).
9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica.

D. L'alterazione non è meglio spiegata da un disturbo schizoaffettivo e non è sovrapposta a schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o ad altro disturbo specificato o non specificato dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Almeno due episodi di periodi ipomaniacali nel corso della vita che soddisfano i criteri sintomatologici necessari indicati sotto, ma sono di durata insufficiente (almeno 2 giorni ma meno di 4 giorni consecutivi) per soddisfare i criteri di un episodio ipomaniacale. I criteri sintomatologici sono i seguenti:

A. Un periodo preciso di umore eccezionalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile, e di attività finalizzata o energia eccezionalmente e persistentemente elevate.

B. Durante il periodo di alterazione dell'umore e di aumentate energia e attività, si sono presentati in modo continuo tre (o più) dei seguenti sintomi (quattro se l'umore è solo irritabile), che rappresentano un chiaro cambiamento rispetto al comportamento abituale e sono stati presenti a un livello significativo di severità:

1. Autostima ipertrofica o grandiosità.
2. Diminuito bisogno di sonno (per es., sentirsi riposato dopo solo 3 ore di sonno).
3. Maggiore loquacità del solito, oppure spinta a continuare a parlare.
4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
5. Distraibilità (per es., attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o pertinenti) riferita o osservata dagli altri.
6. Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria.
7. Eccessivo coinvolgimento in attività ad alto potenziale di conseguenze negative (per es., l'individuo intraprende frenetici acquisti compulsivi, comportamenti sessuali sconvenienti o attività economiche avventate).

C. L'episodio si associa a un chiaro cambiamento nel modo di funzionare, che non è caratteristico della persona quando è asintomatica.

D. L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel modo di agire sono osservabili dagli altri.

E. L'episodio non è abbastanza grave da provocare una marcata compromissione in ambito lavorativo o sociale, o da richiedere l'ospedalizzazione. Se ci sono caratteristiche psicotiche, si tratta – per definizione – di un episodio maniacale.

F. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco o altri trattamenti).

Caratteristiche diagnostiche

Gli individui con ipomania di breve durata hanno presentato almeno un episodio depressivo maggiore così come almeno due episodi della durata di 2-3 giorni in cui erano soddisfatti i criteri per un episodio ipomaniacale (a eccezione della durata dei sintomi). Questi episodi sono di un'intensità sufficiente per essere classificati come un episodio ipomaniacale ma non soddisfano il requisito della durata di 4 giorni. I sintomi sono presenti a un livello di severità sufficiente a rappresentare un chiaro cambiamento rispetto al comportamento normale dell'individuo.

Un individuo con una storia di un episodio maniacale sindromico e di un episodio depressivo maggiore per definizione è affetto da disturbo bipolare II, indipendentemente dalla durata corrente dei sintomi ipomaniacali.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Individui che hanno presentato sia ipomania di breve durata sia un episodio depressivo maggiore, con la loro accresciuta comorbilità con disturbi da uso di sostanze e una più marcata storia familiare di disturbo bipolare, assomigliano più strettamente agli individui con disturbo bipolare che a quelli con disturbo depressivo maggiore.

Sono state anche riscontrate differenze tra gli individui con ipomania di breve durata e quelli con disturbo bipolare sindromico. La compromissione lavorativa era maggiore per gli individui con disturbo bipolare sindromico, così come la media stimata del numero di episodi. Individui con ipomania di breve durata possono presentare una minore gravità rispetto agli individui con episodi maniacali sindromici, compresa una minore labilità dell'umore.

Prevalenza

La prevalenza dell'ipomania di breve durata non è chiara, dato che i criteri sono una novità propria di questa edizione del manuale. A ogni modo, usando criteri lievemente differenti è stato stimato che l'ipomania di breve durata colpisce il 2,8% della popolazione (contro il 5,5% della popolazione per mania o ipomania). L'ipomania di breve durata può essere più comune nelle donne, che possono presentarla con maggiori caratteristiche di depressione atipica.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. Una storia familiare di mania è da due a tre volte più comune negli individui con ipomania di breve durata rispetto alla popolazione generale, ma è comune meno della metà delle volte rispetto agli individui con una storia di mania o di ipomania sindromica.

Rischio di suicidio

Individui con ipomania di breve durata hanno tassi più alti di tentativo di suicidio rispetto agli individui sani, sebbene non altrettanto alti rispetto agli individui con disturbo bipolare sindromico.

Conseguenze funzionali dell'ipomania di breve durata

Il grado di compromissione funzionale associato specificamente con l'ipomania di breve durata non è ancora stato pienamente determinato. A ogni modo, la ricerca sug-

gerisce che gli individui con questo disturbo presentano una minore compromissione lavorativa rispetto agli individui con disturbo bipolare sindromico, ma una maggiore comorbilità con il disturbo da uso di sostanze, in particolare con il disturbo da uso di alcol, rispetto agli individui con disturbo depressivo maggiore.

Diagnosi differenziale

Disturbo bipolare II. Il disturbo bipolare II è caratterizzato da un periodo di almeno 4 giorni di sintomi ipomaniacali, mentre l'ipomania di breve durata è caratterizzata da periodi di 2-3 giorni di sintomi ipomaniacali. Una volta che un individuo ha esperito un episodio ipomaniacale (4 giorni o più), la diagnosi diventa e rimane disturbo bipolare II, indipendentemente dalla durata successiva dei periodi di sintomi ipomaniacali.

Disturbo depressivo maggiore. Il disturbo depressivo maggiore è anch'esso caratterizzato da almeno un episodio depressivo maggiore nel corso della vita. Tuttavia, la presenza aggiuntiva di almeno due periodi di 2-3 giorni di sintomi ipomaniacali nel corso della vita conduce alla diagnosi di ipomania di breve durata piuttosto che a quella di disturbo depressivo maggiore.

Disturbo depressivo maggiore con caratteristiche miste. Sia il disturbo depressivo maggiore con caratteristiche miste sia l'ipomania di breve durata sono caratterizzati dalla presenza di alcuni sintomi ipomaniacali e da un episodio depressivo maggiore. Tuttavia, il disturbo depressivo maggiore con caratteristiche miste è caratterizzato da aspetti ipomaniacali presenti in concomitanza con il disturbo depressivo maggiore, mentre gli individui con ipomania di breve durata presentano ipomania subsindromica e depressione maggiore sindromica completa in momenti differenti.

Disturbo bipolare I. Il disturbo bipolare I è differenziato dall'ipomania di breve durata da almeno un episodio maniacale nel corso della vita, il quale è più lungo (almeno 1 settimana) e più severo (causa una maggiore compromissione del funzionamento sociale) rispetto a un episodio ipomaniacale. Un episodio (di qualunque durata) che implica sintomi psicotici o necessita di ospedalizzazione è per definizione un episodio maniacale piuttosto che ipomaniacale.

Disturbo ciclotimico. Poiché il disturbo ciclotimico è caratterizzato da periodi di sintomi depressivi e periodi di sintomi ipomaniacali, la presenza di un episodio depressivo maggiore nel corso della vita preclude la diagnosi di disturbo ciclotimico.

Comorbilità

L'ipomania di breve durata, similmente agli episodi ipomaniacali completi, è stata associata a più alti tassi di comorbilità con disturbi d'ansia e disturbi da uso di sostanze rispetto alla popolazione generale.

Disturbo da lutto persistente complicato

Criteri proposti

A. L'individuo ha vissuto la morte di qualcuno con cui aveva una relazione stretta.

B. Dal momento della morte, almeno uno dei seguenti sintomi è stato presente per un numero di giorni superiore a quello in cui non è stato presente e a un livello di gravità clinicamente significativo, ed è perdurato negli adulti per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto:

1. Un persistente desiderio/nostalgia della persona deceduta. Nei bambini piccoli, il desiderio può essere espresso nel gioco e nel comportamento, anche tramite comportamenti che riflettono l'essere separato da, e anche riunito a, un caregiver o un'altra figura oggetto di attaccamento.
2. Tristezza e dolore emotivo intensi in seguito alla morte.
3. Preoccupazione per il deceduto.
4. Preoccupazione per le circostanze della morte. Nei bambini, questa preoccupazione per il deceduto può essere espressa attraverso i contenuti del gioco e il comportamento e può estendersi fino alla preoccupazione per la possibile morte di altre persone vicine.

C. Dal momento della morte, almeno sei dei seguenti sintomi sono stati presenti per un numero di giorni superiore a quello in cui non sono stati presenti e a un livello di gravità clinicamente significativo, e sono perdurati negli adulti per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto:

Sofferenza reattiva alla morte

1. Marcata difficoltà nell'accettare la morte. Nei bambini, questa difficoltà dipende dalla capacità di comprendere il significato e la definitività della morte.
2. Provare incredulità o torpore emotivo riguardo la perdita.
3. Difficoltà ad abbandonarsi a ricordi positivi che riguardano il deceduto.
4. Amarezza o rabbia in relazione alla perdita.
5. Valutazione negativa di sé in relazione al deceduto o alla morte (per es., senso di autocolpevolezza).
6. Eccessivo evitamento di ricordi della perdita (per es., evitamento di persone, luoghi o situazioni associati al deceduto; nei bambini questo può includere l'evitamento di pensieri e sentimenti che riguardano il deceduto).

Disordine sociale/dell'identità

7. Desiderio di morire per essere vicini al deceduto.
8. Dal momento della morte, difficoltà nel provare fiducia verso gli altri.
9. Dal momento della morte, sensazione di essere soli o distaccati dagli altri.
10. Sensazione che la vita sia vuota o priva di senso senza il deceduto, o pensiero di "non farcela" senza il deceduto.
11. Confusione circa il proprio ruolo nella vita, o diminuito senso della propria identità (per es., sentire che una parte di se stessi è morta insieme al deceduto).
12. Dal momento della perdita, difficoltà o riluttanza nel perseguire i propri interessi o nel fare piani per il futuro (per es., amicizie, attività).

D. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. La reazione di lutto è sproporzionata o non coerente con le norme culturali e religiose o appropriate per l'età.

Specificare se:

Con lutto traumatico: Lutto dovuto a omicidio o suicidio con persistenti pensieri gravosi riguardo alla natura traumatica della morte (spesso in risposta a ricordi della perdita), tra cui gli ultimi momenti del deceduto, il grado di sofferenza e delle ferite, o la natura dolosa o intenzionale della morte.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo da lutto persistente complicato è diagnosticato solo se sono trascorsi almeno 12 mesi (6 mesi nei bambini) dal momento della morte di qualcuno con cui l'individuo in lutto aveva una relazione stretta (Criterio A). Questa cornice di tempo discrimina il

lutto normale dal lutto persistente. La condizione implica tipicamente un persistente desiderio/nostalgia della persona deceduta (Criterio B1), che può essere associato a profondo dolore e pianto frequente (Criterio B2) o preoccupazione per la persona deceduta (Criterio B3). L'individuo può anche essere preoccupato per il modo in cui la persona è deceduta (Criterio B4).

Per la diagnosi sono richiesti sei sintomi aggiuntivi, tra cui marcata difficoltà nell'accettare che l'individuo sia morto (Criterio C1) (per es., preparargli dei pasti), dubbio che l'individuo sia morto (Criterio C2), ricordi dolorosi del deceduto (Criterio C3), rabbia in relazione alla perdita (Criterio C4), valutazione negativa di sé rispetto al deceduto o alla morte (Criterio C5) ed eccessivo evitamento di ricordi della perdita (Criterio C6). Gli individui possono anche riferire il desiderio di morire per essere vicini al deceduto (C7); possono non avere fiducia negli altri (Criterio C8); sentirsi isolati (Criterio C9); possono credere che la vita senza il deceduto non abbia un significato o uno scopo (Criterio C10); possono provare un diminuito senso della propria identità in cui sentono che una parte di loro stessi è morta o è andata perduta (Criterio C11); o possono avere difficoltà nell'impegnarsi nelle attività, nel perseguire le relazioni interpersonali o nel fare piani per il futuro (Criterio C12).

Il disturbo da lutto persistente complicato richiede disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento psicosociale (Criterio D). La natura e la gravità del lutto devono essere sproporzionate rispetto all'ambiente culturale, all'appartenenza religiosa o alla fase di sviluppo (Criterio E). Anche se ci sono variazioni nel modo in cui il lutto può manifestarsi, i sintomi del disturbo da lutto persistente complicato sono presenti in entrambi i generi e in diversi gruppi culturali e sociali.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Alcuni individui con disturbo da lutto persistente complicato presentano allucinazioni (uditive o visive) in cui percepiscono temporaneamente la presenza del deceduto (per es., vedendo il deceduto seduto sulla sua sedia preferita). Possono anche esprimere diverse lamentele somatiche (per es., problemi digestivi, dolore, fatica), tra cui i sintomi avvertiti dal deceduto.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo da lutto persistente complicato è approssimativamente del 2,4-4,8%. Il disturbo è prevalente nelle donne rispetto agli uomini.

Sviluppo e decorso

Il disturbo da lutto persistente complicato può verificarsi a ogni età, a partire dall'anno di vita. I sintomi di solito iniziano entro un mese dalla morte, sebbene ci possa essere un ritardo di mesi o anche di anni prima che si manifesti la sindrome completa. Anche se le reazioni al lutto normalmente appaiono in un tempo immediatamente successivo al decesso, non sono diagnosticate come disturbo da lutto persistente complicato a meno che i sintomi non persistano oltre i 12 mesi (6 mesi per i bambini).

I bambini piccoli possono vivere come traumatica la perdita di un caregiver primario, visti gli effetti destabilizzanti che l'assenza del caregiver può indurre nella capacità di coping dei bambini. Il disagio può essere espresso nel gioco e nel comportamento, in regressioni dello sviluppo e in comportamenti ansiosi o di protesta al momento di separazioni e riunioni. Il disagio da separazione può essere predominante nei bambini più piccoli, mentre lo stress sociale/di identità e il rischio di una comorbilità con la depressione possono manifestarsi in maniera crescente nei bambini più grandi e negli adolescenti.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. Il rischio per il disturbo da lutto persistente complicato è amplificato da un'aumentata dipendenza dalla persona deceduta prima della morte e dalla morte di un bambino. Carenze nel supporto da parte del caregiver aumentano il rischio per i bambini che sperimentano un lutto.

Fattori genetici e fisiologici. Il rischio per il disturbo è aumentato quando gli individui a lutto sono donne.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

I sintomi del disturbo da lutto persistente complicato sono osservati trasversalmente in diverse culture, ma la risposta al lutto può manifestarsi attraverso modalità culturalmente specifiche. La diagnosi del disturbo richiede che la risposta persistente e grave vada oltre le norme culturali di reazione al lutto e che non risulti meglio giustificata da rituali di cordoglio culturalmente specifici.

Rischio di suicidio

Gli individui con il disturbo da lutto persistente complicato riferiscono frequentemente intenzione suicidaria.

Conseguenze funzionali del disturbo da lutto persistente complicato

Il disturbo da lutto persistente complicato è associato a deficit nel funzionamento lavorativo e sociale e a comportamenti dannosi per la salute, come un aumento del consumo di tabacco e alcol. Il disturbo è anche associato a un marcato aumento dei rischi per condizioni mediche gravi quali disturbi cardiaci, ipertensione, cancro, deficit immunologici e ridotta qualità della vita.

Diagnosi differenziale

Lutto normale. Il disturbo da lutto persistente complicato è distinto dal lutto normale per la presenza di gravi reazioni al lutto che persistono per almeno 12 mesi (o 6 mesi nei bambini) dopo la morte della persona. Il disturbo da lutto persistente complicato viene diagnosticato soltanto quando tali gravi reazioni persistono per almeno 12 mesi dopo la morte e interferiscono con la capacità di funzionamento dell'individuo.

Disturbi depressivi. Il disturbo da lutto persistente complicato, il disturbo depressivo maggiore e il disturbo depressivo persistente (distimia) condividono tristezza, crisi di pianto e pensieri suicidari. Sebbene il disturbo depressivo maggiore e il disturbo depressivo persistente possano condividere l'umore depresso con il disturbo da lutto persistente complicato, quest'ultimo è caratterizzato dall'essere focalizzato sul tema della perdita.

Disturbo da stress post-traumatico. Individui che esperiscono un lutto come risultato di morte traumatica possono sviluppare sia il disturbo da stress post-traumatico (DSPT) sia il disturbo da lutto persistente complicato. Entrambe le condizioni possono implicare pensieri intrusivi ed evitamento. Mentre i pensieri intrusivi nel DSPT ruotano attorno all'evento traumatico, le memorie intrusive del disturbo da lutto persistente complicato sono focalizzate su pensieri circa diversi aspetti della relazione con il deceduto, compresi aspetti positivi della relazione e sofferenza per la separazione. Negli individui con lo specificatore del lutto traumatico associato al disturbo da lutto persistente complicato, i pensieri o le sensazioni angoscianti possono essere più facilmente

correlati alla modalità della morte, con fantasie dolorose riguardo all'accaduto. Sia il disturbo da lutto persistente complicato che il DSPT possono comportare evitamento di ricordi di eventi dolorosi. Mentre l'evitamento nel DSPT è caratterizzato da costante evitamento di fattori interni ed esterni che ricordano l'esperienza traumatica, nel disturbo da lutto persistente complicato ci sono anche preoccupazioni per la perdita e desiderio struggente del deceduto, che sono assenti nel DSPT.

Disturbo di ansia da separazione. Il disturbo di ansia da separazione è caratterizzato da ansia per la separazione da figure di attaccamento, mentre il disturbo da lutto persistente complicato implica dolore per la separazione da un individuo deceduto.

Comorbilità

I più comuni disturbi in comorbilità con il disturbo da lutto persistente complicato sono il disturbo depressivo maggiore, il DSPT e il disturbo da uso di sostanze. Il DSPT è più frequentemente in comorbilità con il disturbo da lutto persistente complicato quando la morte è avvenuta in circostanze traumatiche o violente.

Disturbo da uso di caffeina

Criteri proposti

Una modalità problematica di uso di caffeina che porta a disagio o compromissione del funzionamento clinicamente significativi, come manifestato da almeno i primi tre dei seguenti criteri verificantisi entro un periodo di 12 mesi:

1. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o eliminare l'uso di caffeina.
2. Uso continuativo di caffeina nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla caffeina.
3. Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti sintomi:
   a. La caratteristica sindrome di astinenza per la caffeina.
   b. La caffeina o una sostanza strettamente correlata è assunta per attenuare o evitare i sintomi dell'astinenza.
4. La caffeina è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto alle intenzioni del soggetto.
5. Uso ricorrente di caffeina che conduce a un fallimento nello svolgere i propri doveri al lavoro, a scuola o a casa (per es., ritardi o assenze ripetuti da scuola o dal lavoro in relazione all'uso di, o all'astinenza da, caffeina).
6. Uso continuativo di caffeina nonostante si abbiano persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della caffeina (per es., litigi con il coniuge circa le conseguenze dell'uso, problemi medici, costi).
7. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti sintomi:
   a. Bisogno di dosi notevolmente più elevate di caffeina per raggiungere l'effetto desiderato.
   b. Effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di caffeina.
8. Una grande quantità di tempo è spesa in attività necessarie a ottenere caffeina, usare caffeina, o riprendersi dai suoi effetti.
9. Craving o forte desiderio o urgenza di usare caffeina.

Una diagnosi di dipendenza da sostanze legata alla caffeina è stata riconosciuta dall'Organizzazione mondiale della sanità nell'ICD-10. Dal momento della pubblicazione del DSM-IV nel 1994 sono state pubblicate ricerche significative sulla dipendenza da caffeina, e diverse recenti review forniscono un'analisi aggiornata della letteratura. Esistono oggi evidenze sufficienti a giustificare l'inclusione del disturbo da uso di caffeina tra le diagnosi di ricerca del DSM-5 al fine di incoraggiare ulteriori ricerche. L'algoritmo diagnostico operativo proposto per lo studio del disturbo da uso di caffeina differisce da quello degli altri disturbi da uso di sostanze, poiché riflette il bisogno di identificare solo quei casi che hanno una sufficiente importanza clinica da meritare l'etichetta di disturbo mentale. Un obiettivo chiave dell'inclusione del disturbo da uso di caffeina in questa Sezione del DSM-5 è quello di stimolare ricerche scientifiche che potranno determinare l'affidabilità, la validità e la prevalenza del disturbo da uso di caffeina sulla base degli schemi diagnostici proposti, con particolare attenzione all'associazione della diagnosi con compromissioni funzionali come parte delle prove di validità.

I criteri proposti per il disturbo da uso di caffeina riflettono il bisogno di una soglia diagnostica più alta di quella usata per altri disturbi da uso di sostanze. Tale soglia è finalizzata a prevenire un eccesso di diagnosi di disturbo da uso di caffeina dovuto all'alto tasso di abituale, quotidiano e non problematico uso di caffeina nella popolazione generale.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo da uso di caffeina è caratterizzato dall'uso continuativo di caffeina e dal fallimento dei tentativi di controllarne l'uso nonostante conseguenze fisiche e/o psicologiche negative. In una ricerca sulla popolazione generale, il 14% degli utilizzatori di caffeina soddisfaceva il criterio dell'uso nonostante il danno, e la maggior parte di essi riferiva che un medico o un consulente li aveva invitati a interrompere o ridurre l'uso di caffeina nell'anno precedente. Problemi medici e psicologici attribuiti alla caffeina includevano problemi al cuore, allo stomaco e urinari, nonché lamentele riguardo ansia, depressione, insonnia, irritabilità e difficoltà nel pensare. Nella stessa ricerca, il 45% degli utilizzatori di caffeina riferiva desiderio o tentativi infruttuosi di controllare l'uso di caffeina, il 18% riferiva astinenza, l'8% riferiva tolleranza, il 28% ne usava più di quanto volesse e il 50% riferiva di spendere una grande quantità di tempo consumando caffeina. Inoltre, il 19% riferiva un desiderio forte di caffeina cui non riusciva a resistere, e meno dell'1% riferiva che la caffeina aveva interferito con le proprie attività sociali.

Tra le persone che richiedevano aiuto per interrompere l'uso problematico di caffeina, l'88% riferiva di aver fatto seri tentativi precedenti di modificarne il consumo e il 43% riferiva di essere stato invitato da un professionista della salute a ridurre o interrompere l'uso di caffeina. Il 93% mostrava segni e sintomi che soddisfacevano i criteri del DSM-IV per la dipendenza da caffeina, i più comuni dei quali erano l'astinenza (96%), il desiderio persistente o gli sforzi infruttuosi di controllarne l'uso (89%) e l'uso nonostante la conoscenza dei problemi fisici o psicologici indotti dalla caffeina (87%). Le ragioni più comuni per voler modificare l'uso della caffeina erano legate alla salute (59%) e a un desiderio di non essere dipendenti dalla caffeina (35%).

La discussione del DSM-5 sull'astinenza dalla caffeina nel capitolo disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction della Sezione II fornisce informazioni sulle caratteristiche del criterio dell'astinenza. È ben documentato che gli utilizzatori abituali di caffeina possono provare una ben definita sindrome da astinenza subito dopo astinenza acuta, e molti individui caffeina-dipendenti riferiscono l'uso continuativo della sostanza per evitare di provare i sintomi dell'astinenza.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo da uso di caffeina nella popolazione generale non è chiara. Basandosi su tutti i sette criteri generici del DSM-IV-TR per la dipendenza, il 30% dei correnti utilizzatori di caffeina può aver soddisfatto durante l'ultimo anno i criteri del DSM-IV per la diagnosi di dipendenza da caffeina, con presenza di tre o più criteri per la dipendenza. Quando vengono utilizzati solo quattro dei sette criteri (i tre criteri primari proposti sopra, più la tolleranza), la prevalenza sembra scendere al 9%. Pertanto, la prevalenza attesa del disturbo da uso di caffeina tra gli utilizzatori abituali della sostanza è probabilmente minore del 9%. Assumendo che approssimativamente il 75-80% della popolazione generale usa caffeina regolarmente, la prevalenza stimata sarebbe di meno del 7%. Tra gli abituali bevitori di caffeina a più alto rischio di problemi da uso di caffeina (per es., studenti del liceo e dell'università, individui in trattamento farmacologico e individui ricoverati presso cliniche del dolore che hanno storie recenti di uso improprio di alcol o di sostanze illecite) approssimativamente il 20% può avere una modalità d'uso che soddisfa tutti e tre i criteri proposti nel Criterio A.

Sviluppo e decorso

Gli individui i cui pattern di consumo soddisfano i criteri per un disturbo da uso di caffeina hanno mostrato un ampio range nella quantità di caffeina ingerita durante la giornata e hanno consumato tipi diversi di prodotti contenenti caffeina (per es., caffè, bibite, tè) e farmaci. Una diagnosi di disturbo da uso di caffeina è stata dimostrata predire prospettivamente una maggior incidenza di rinforzo da caffeina e un quadro più grave di astinenza.

Non è stata effettuata nessuna ricerca longitudinale o trasversale nell'arco della vita inerente il disturbo da uso di caffeina. Il disturbo è stato identificato sia negli adolescenti che negli adulti. I tassi e i livelli generali di consumo di caffeina tendono ad aumentare con l'età fino a 35 anni circa, e poi tendono a decrescere. I fattori correlati con l'età nel disturbo da uso di caffeina sono sconosciuti, anche se sta crescendo la preoccupazione relativa all'eccessivo consumo di caffeina tra gli adolescenti e i giovani adulti tramite l'uso di bevande energetiche che contengono caffeina.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori genetici e fisiologici. L'ereditarietà dell'uso massiccio di caffeina, della tolleranza alla caffeina e dell'astinenza da caffeina varia tra il 35% e il 77%. Per quanto concerne l'uso di caffeina e di alcol e il fumo di sigarette, un fattore genetico comune (uso di molteplici sostanze) sottende l'uso di queste tre sostanze, di modo che il 28-41% degli effetti ereditari dell'uso (o dell'uso massiccio) di caffeina è condiviso con alcol e fumo. I disturbi da uso di caffeina e tabacco sono associati e influenzati in maniera sostanziale da fattori genetici unici per queste sostanze legali. Il peso dell'ereditarietà per i marker del disturbo da uso di caffeina appare essere simile a quello per i marker dei disturbi da uso di alcol e di tabacco.

Conseguenze funzionali del disturbo da uso di caffeina

Il disturbo da uso di caffeina può predire un maggiore uso di caffeina durante la gravidanza. L'astinenza da caffeina, una caratteristica chiave del disturbo da uso di caffeina, ha mostrato di produrre una compromissione funzionale nelle normali attività quotidiane. L'intossicazione da caffeina può includere sintomi di nausea e vomito, così come compromissione delle attività normali. Durante l'astinenza da caffeina possono verificarsi significative alterazioni delle normali attività quotidiane.

Diagnosi differenziale

Uso non problematico di caffeina. La distinzione tra l'uso non problematico di caffeina e il disturbo da uso di caffeina può risultare difficile in quanto non è affatto semplice attribuire determinate problematiche sociali, comportamentali o psicologiche alla sostanza, soprattutto in un contesto di consumo di altre sostanze. L'uso regolare e massiccio di caffeina che può portare a tolleranza e astinenza è relativamente comune e non dovrebbe essere di per sé sufficiente a porre la diagnosi.

Disturbo da uso di altri stimolanti. I problemi legati all'uso di altri farmaci o sostanze stimolanti possono avvicinarsi alle caratteristiche del disturbo da uso di caffeina.

Disturbi d'ansia. L'uso cronico massiccio di caffeina può essere simile al disturbo d'ansia generalizzata, e il consumo acuto di caffeina può produrre, e simulare, i sintomi degli attacchi di panico.

Comorbilità

Può esistere comorbilità tra il disturbo da uso di caffeina, il fumo quotidiano di sigarette e una familiarità o una storia personale di disturbo da uso di alcol. Caratteristiche del disturbo da uso di caffeina (per es., tolleranza, astinenza da caffeina) possono essere associate positivamente a diverse diagnosi: depressione maggiore, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, disturbo antisociale di personalità dell'adulto, e disturbi da uso di alcol, cannabis e cocaina.

Disturbo da gioco su Internet

Criteri proposti

Uso persistente e ricorrente di Internet per partecipare a giochi, spesso con altri giocatori, che porta a compromissione o disagio clinicamente significativi come indicato dalla presenza di cinque (o più) dei seguenti criteri per un periodo di 12 mesi:

1. Preoccupazione riguardo ai giochi su Internet. (L'individuo pensa alle precedenti attività di gioco o anticipa la partecipazione alle successive sessioni di gioco; il gioco su Internet diventa l'attività principale della vita quotidiana.)

   Nota: Questo disturbo è distinto dal gioco d'azzardo su Internet che è incluso nel disturbo da gioco d'azzardo patologico.
2. Sintomi di astinenza quando viene impedito il gioco su Internet. (Questi sintomi sono tipicamente descritti come irritabilità, ansia o tristezza, mentre non vi sono segni fisici di astinenza farmacologica.)
3. Tolleranza – Bisogno di trascorrere crescenti quantità di tempo impegnati in giochi su Internet.
4. Tentativi infruttuosi di limitare la partecipazione ai giochi su Internet.
5. Perdita di interesse verso i precedenti hobby e divertimenti come risultato dei, e con l'eccezione dei, giochi su Internet.
6. Uso continuativo ed eccessivo dei giochi su Internet nonostante la consapevolezza di problemi psicosociali.

7. Avere ingannato i membri della famiglia, i terapeuti o altri riguardo la quantità di tempo passata giocando su Internet.
8. Uso dei giochi su Internet per eludere o mitigare stati d'animo negativi (per es., sensazioni di disperazione, senso di colpa, ansia).
9. Aver messo a repentaglio o perso una relazione, un lavoro o un'opportunità formativa o di carriera significativi a causa della partecipazione a giochi su Internet.

Nota: Sono inclusi in questo disturbo solo i giochi su Internet non legati al gioco d'azzardo. Non è incluso l'uso di Internet per lo svolgimento di attività richieste da un'attività economica o da una professione, così come l'uso di Internet per scopi ricreativi o sociali. Allo stesso modo sono esclusi i siti Internet a contenuto sessuale.

Specificare la gravità attuale:

Il disturbo da gioco su Internet può essere lieve, moderato o grave in relazione al grado di disturbo delle attività normali. Gli individui con un disturbo da uso di Internet meno severo possono mostrare meno sintomi e meno alterazioni delle loro vite. Quelli con un disturbo da gioco su Internet grave presentano un maggior numero di ore spese al computer e una perdita più severa di relazioni o di opportunità scolastiche o di carriera.

Sottotipi

A oggi non esistono sottotipi ben documentati del disturbo da gioco su Internet. Il disturbo da gioco su Internet coinvolge più spesso specifici giochi su Internet, ma può coinvolgere anche giochi computerizzati non su Internet, sebbene questi ultimi siano stati meno studiati. È probabile che i giochi preferiti varino nel tempo, man mano che vengono sviluppati e pubblicizzati nuovi giochi, e non è chiaro se i comportamenti e le conseguenze associati al disturbo da gioco su Internet varino a seconda del tipo di gioco.

Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo da gioco d'azzardo patologico è al momento l'unico disturbo non correlato a sostanze che è stato proposto per essere incluso nel capitolo del DSM-5 relativo ai disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction. A ogni modo, vi sono altri disturbi comportamentali che mostrano alcune similitudini con il disturbo da uso di sostanze e il disturbo da gioco d'azzardo patologico per i quali la parola *addiction* viene utilizzata comunemente in ambienti non medici, e l'unica condizione con una considerevole letteratura scientifica è l'uso compulsivo di giochi su Internet. Il gioco su Internet è stato definito come una "dipendenza" dal governo cinese, ed è stato organizzato un sistema di trattamento. I resoconti del trattamento di questa condizione sono apparsi in riviste mediche provenienti soprattutto da paesi asiatici e in alcuni casi dagli Stati Uniti.

Il gruppo di lavoro del DSM-5 ha esaminato più di 240 articoli e ha trovato alcune similitudini comportamentali tra il gioco su Internet, il disturbo da gioco d'azzardo patologico e il disturbo da uso di sostanze. La letteratura risente a ogni modo della mancanza di una definizione standard da cui far derivare i dati di prevalenza. È anche carente la comprensione della storia naturale dei casi, con o senza trattamento. La letteratura descrive molte similitudini sottostanti alle dipendenze da sostanze, tra cui le caratteristiche della tolleranza e dell'astinenza, i ripetuti tentativi infruttuosi di abbandonare o cessare la dipendenza, e la compromissione del normale funzionamento.

Inoltre, i tassi di prevalenza apparentemente alti sia nei paesi asiatici che, in maniera minore, nei paesi occidentali hanno giustificato l'inclusione di questo disturbo nella Sezione III del DSM-5.

Il disturbo da gioco su Internet ha un'importanza significativa per la sanità pubblica e ricerche ulteriori potranno infine condurre all'evidenza che il disturbo da gioco su Internet (a cui ci si riferisce comunemente come *disturbo da uso di Internet*, *dipendenza da Internet* o *dipendenza da giochi*) merita di essere considerato un disturbo a sé stante. Come per il disturbo da gioco d'azzardo patologico, dovrebbero essere condotti studi epidemiologici al fine di determinare la prevalenza, il decorso clinico, le possibili influenze genetiche e i potenziali fattori biologici basati, per esempio, sui dati derivanti dal brain imaging.

Il disturbo da gioco su Internet è una modalità di eccessivo e prolungato gioco su Internet che risulta in un insieme di sintomi cognitivi e comportamentali, tra cui la progressiva perdita di controllo sul gioco, la tolleranza e i sintomi di astinenza analoghi ai sintomi presenti nei disturbi da uso di sostanze. Come nel caso dei disturbi correlati a sostanze, gli individui con un disturbo da gioco su Internet continuano a stare seduti davanti al computer e a impegnarsi nel gioco, anche trascurando altre attività. Tipicamente dedicano a questa attività 8-10 ore o più al giorno e almeno 30 ore a settimana. Se viene impedito loro di usare il computer e di riprendere il gioco, diventano agitati e arrabbiati. Spesso rimangono senza cibo o sonno per lunghi periodi. Trascurano i normali doveri, come la scuola o il lavoro, o gli impegni familiari. Questa condizione è distinta dal disturbo da gioco d'azzardo compulsivo via Internet in quanto non c'è rischio di denaro.

La caratteristica essenziale del disturbo da gioco su Internet è la partecipazione persistente e ricorrente a giochi al computer, tipicamente giochi di gruppo, per molte ore. Questi giochi prevedono la competizione tra gruppi di giocatori (spesso in differenti zone del mondo, così che la durata del gioco è favorita dall'indipendenza dal fuso orario) che partecipano a complesse e strutturate attività che includono una componente significativa di interazione sociale durante il gioco. Gli aspetti di squadra risultano essere una motivazione chiave. I tentativi di indirizzare l'individuo verso attività interpersonali o di studio incontrano forte resistenza. Le occupazioni personali, familiari o professionali vengono trascurate. Se interrogati sulle principali ragioni per cui utilizzano Internet, tali individui rispondono "per evitare la noia" più probabilmente che non "per comunicare o cercare informazioni".

La descrizione dei criteri collegati a questa condizione è adattata da uno studio effettuato in Cina. Fino al momento in cui i criteri ottimali e la soglia per la diagnosi non saranno determinati empiricamente, dovrebbero essere utilizzate definizioni restrittive cosicché le diagnosi vengano poste se sono presenti almeno cinque criteri su nove.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Non è stato identificato nessun tipo di personalità consistentemente associato al disturbo da gioco su Internet. Alcuni autori descrivono diagnosi associate, come disturbi depressivi, sindrome da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) o disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Individui con gioco su Internet compulsivo hanno mostrato un'attivazione cerebrale in specifiche regioni, stimolata dall'esposizione al gioco su Internet, ma non limitata alle strutture del circuito della gratificazione.

Prevalenza

La prevalenza del disturbo da gioco su Internet non è chiara per via della varietà dei questionari, dei criteri e delle soglie utilizzati, ma sembra essere più alta nei paesi asiatici e negli adolescenti maschi di 12-20 anni. Esistono molti resoconti provenienti da paesi asiatici, specialmente dalla Cina e dalla Corea del Sud, e meno provenienti dall'Europa e dal Nord America, in cui le stime di prevalenza sono altamente variabili. La prevalenza massima negli adolescenti (tra 15 e 19 anni di età), in uno studio asiatico che usava una soglia di cinque criteri, era dell'8,4% per i maschi e del 4,5% per le femmine.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. La disponibilità di computer con connessione a Internet permette l'accesso ai tipi di gioco con cui il disturbo da gioco su Internet è maggiormente associato.

Fattori genetici e fisiologici. Gli adolescenti maschi sembrano essere a più alto rischio di sviluppare un disturbo da gioco su Internet, ed è stato ipotizzato che l'ambiente asiatico e/o il background genetico rappresentino un altro fattore di rischio, ma questo elemento rimane poco chiaro.

Conseguenze funzionali del disturbo da gioco su Internet

Il disturbo da gioco su Internet può portare a fallimenti scolastici, perdita del lavoro o rottura del matrimonio. Il comportamento da gioco compulsivo tende a prendere il posto delle normali attività sociali, scolastiche e familiari. Gli studenti possono mostrare un abbassamento del rendimento scolastico, fino alla bocciatura. Le responsabilità familiari possono venire trascurate.

Diagnosi differenziale

L'uso eccessivo di Internet che non coinvolge i giochi online (per es., uso eccessivo di social media come Facebook; consumo di pornografia online) non è considerato analogo al disturbo da gioco su Internet, e ricerche future su altri usi eccessivi di Internet avrebbero bisogno di seguire linee guida simili, come qui suggerito. Un eccessivo gioco d'azzardo online può essere idoneo a una diagnosi separata di disturbo da gioco d'azzardo patologico.

Comorbilità

La salute può venire trascurata a causa del gioco compulsivo. Altre diagnosi che possono essere associate al disturbo da gioco su Internet includono disturbo depressivo maggiore, DDAI e DOC.

Disturbo neurocomportamentale associato a esposizione prenatale all'alcol

Criteri proposti

A. Esposizione all'alcol più che minima durante la gestazione, compreso il periodo antecedente al riconoscimento della gravidanza. La conferma dell'esposizione gestazionale all'alcol può essere ottenuta dalla testimonianza materna dell'uso di alcol in gravidanza, da referti medici o di altro tipo o dall'osservazione clinica.

B. Funzionamento neurocognitivo compromesso, come manifestato da uno o più dei seguenti criteri:
   1. Compromissione delle performance intellettuali globali (per es., QI ≤ 70, o un punteggio standard ≤ 70 in un inquadramento completo dello sviluppo).
   2. Compromissione delle funzioni esecutive (per es., capacità di pianificazione e organizzazione mediocri; rigidità; difficoltà nell'inibizione comportamentale).
   3. Compromissione dell'apprendimento (per es., risultati accademici più bassi di quanto atteso in relazione al livello intellettuale; difficoltà specifiche di apprendimento).
   4. Compromissione della memoria (per es., problemi nel ricordare informazioni apprese recentemente; tendenza a commettere gli stessi errori ripetutamente; difficoltà nel ricordare lunghe istruzioni verbali).
   5. Compromissione del ragionamento visuo-spaziale (per es., disegni o costruzioni disorganizzati o pianificati malamente; problemi nel distinguere la sinistra dalla destra).

C. Capacità di autoregolazione compromessa, come manifestato da uno o più dei seguenti criteri:
   1. Compromissione della regolazione dell'umore o del comportamento (per es., labilità dell'umore; affettività negativa o irritabilità; frequenti esplosioni comportamentali).
   2. Deficit di attenzione (per es., difficoltà nello spostare l'attenzione; difficoltà nel sostenere uno sforzo mentale).
   3. Compromissioni del controllo degli impulsi (per es., difficoltà nell'aspettare il proprio turno; difficoltà nel seguire le regole).

D. Compromissione del funzionamento adattivo come manifestato da due o più dei seguenti criteri, uno dei quali deve essere il criterio (1) o (2)
   1. Deficit di comunicazione (per es., acquisizione tardiva del linguaggio; difficoltà di comprensione del linguaggio parlato).
   2. Compromissione della comunicazione sociale e nell'interazione (per es., eccessiva confidenza con gli estranei; difficoltà nel decifrare le situazioni sociali; difficoltà nel comprendere le conseguenze sociali).
   3. Compromissione delle abilità della vita quotidiana (per es., ritardi nell'andare in bagno, nel nutrirsi o nel lavarsi; difficoltà nel gestire le attività quotidiane).
   4. Compromissione delle abilità motorie (per es., insufficiente sviluppo della motricità fine; raggiungimento ritardato di tappe importanti dello sviluppo motorio o deficit in corso nelle funzioni motorie generali; deficit nella coordinazione e nell'equilibrio).

E. L'esordio del disturbo (sintomi dei Criteri B, C e D) avviene nell'infanzia.

F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico, lavorativo o in altre aree importanti.

G. Il disturbo non è meglio spiegato dagli effetti fisiologici diretti dell'uso postnatale di una sostanza (per es., un farmaco, alcol o altre sostanze), di una condizione medica generale (per es., trauma cranico, delirium, demenza), di un altro elemento teratogeno noto (per es., sindrome fetale da idantoina), di una condizione genetica (per es., sindrome di Williams, sindrome di Down, sindrome di Cornelia de Lange) o di deprivazione ambientale.

L'alcol è un teratogeno neurocomportamentale, e l'esposizione prenatale all'alcol ha effetti teratogeni sullo sviluppo e la conseguente funzionalità del sistema nervoso centrale (SNC). Il *disturbo neurocomportamentale associato a esposizione prenatale all'alcol*

(DN-EPA) è un nuovo termine chiarificatore che si prefigge di includere l'intera gamma delle disabilità evolutive associate all'esposizione all'alcol in utero. Le linee guida diagnostiche correnti permettono di diagnosticare il DN-EPA sia in assenza che in presenza degli effetti fisici dell'esposizione alcolica prenatale (per es., la malformazione congenita facciale richiesta per la diagnosi di sindrome alcolica fetale).

Caratteristiche diagnostiche

Le caratteristiche essenziali del DN-EPA sono i sintomi della compromissione del funzionamento neurocognitivo, comportamentale e adattivo associata a esposizione alcolica prenatale. La compromissione può essere documentata sulla base di valutazioni diagnostiche passate (per es., inquadramenti psicologici o educativi), referti medici, dati riportati dall'individuo o da persone che possono fornire informazioni e/o osservazione da parte di un clinico.

Una diagnosi clinica di sindrome alcolica fetale, comprese specifiche malformazioni facciali e ritardo della crescita prenatali, può essere usata come evidenza di livelli significativi di esposizione prenatale all'alcol. Sebbene studi sia su animali sia su esseri umani abbiano documentato gli effetti negativi anche di bassi livelli di assunzione alcolica, rimane una questione aperta l'identificare quale grado di esposizione prenatale all'alcol sia necessario per incidere significativamente sull'esito del neurosviluppo. I dati suggeriscono che possa essere necessaria una storia di esposizione gestazionale più che minima (cioè più di un'assunzione alcolica lieve) precedente e/o seguente il riconoscimento della gravidanza. Un'assunzione alcolica lieve corrisponde a 1-13 assunzioni al mese durante la gravidanza, con non più di 2 di queste assunzioni effettuate in un'unica occasione. Identificare una soglia minima di assunzioni durante la gravidanza richiede la considerazione di una varietà di fattori noti per influenzare l'esposizione e/o per interagire nell'influenzare gli esiti dello sviluppo, compresi lo stadio di sviluppo prenatale, il fumo in gravidanza, la dotazione genetica della madre e del feto e lo stato fisico della madre (per es., età, salute, problemi ostetrici).

I sintomi del DN-EPA includono una marcata compromissione delle performance intellettuali globali (QI) o una compromissione neurocognitiva in una delle seguenti aree: funzioni esecutive, apprendimento, memoria e/o ragionamento visuo-spaziale. Sono presenti compromissioni dell'autoregolazione che possono includere disturbi dell'umore o della regolazione comportamentale, deficit di attenzione o compromissione del controllo degli impulsi. Infine, le compromissioni del funzionamento adattivo includono deficit di comunicazione e compromissione della comunicazione sociale e nell'interazione. Possono essere presenti compromissione delle abilità della vita quotidiana (auto-aiuto) e nelle abilità motorie. Poiché può essere difficile ottenere un inquadramento accurato delle abilità neurocognitive di bambini molto piccoli, nei bambini con meno di tre anni è opportuno ritardare la diagnosi.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Le caratteristiche associate variano in relazione all'età, al grado di esposizione alcolica e all'ambiente dell'individuo. A un individuo può venire diagnosticato questo disturbo indipendentemente dal background socioeconomico o culturale. A ogni modo, sono spesso presenti abuso di alcol o di sostanze nei genitori, malattie mentali dei genitori, esposizioni a violenza domestica o di comunità, incuria o abuso, relazioni di attaccamento disturbate, ripetuti cambi di alloggio e mancanza di continuità nelle cure mediche o psichiatriche.

Prevalenza

I tassi di prevalenza del DN-EPA sono sconosciuti. A ogni modo, negli Stati Uniti i tassi di prevalenza stimati delle condizioni cliniche associate all'esposizione prenatale all'alcol sono del 2-5%.

Sviluppo e decorso

Tra gli individui con esposizione prenatale all'alcol, l'evidenza della disfunzione del SNC varia in relazione alla fase dello sviluppo. Sebbene circa la metà dei bambini esposti all'alcol in epoca prenatale mostri un marcato ritardo dello sviluppo nei primi tre anni di vita, altri bambini soggetti a esposizione alcolica prenatale possono non mostrare segni di disfunzione del SNC fino all'età prescolare o scolare. Inoltre, le compromissioni in processi cognitivi di ordine superiore (per es., funzioni esecutive), che sono spesso associate all'esposizione alcolica prenatale, possono essere rilevate più facilmente in bambini di età maggiore. Quando i bambini raggiungono l'età scolare, le difficoltà di apprendimento, la compromissione delle funzioni esecutive e i problemi con le funzioni integrative del linguaggio di solito emergono più chiaramente, e sia il deficit di capacità sociali che il comportamento oppositivo possono diventare più evidenti. In particolare, poiché la scuola e le altre richieste ambientali diventano più complesse, vengono notati deficit maggiori. Pertanto, gli anni della scuola rappresentano l'età in cui una diagnosi di DN-EPA dovrebbe essere più probabile.

Rischio di suicidio

Esiste un alto rischio di suicidio, con tassi che aumentano significativamente nella tarda adolescenza e nella prima età adulta.

Conseguenze funzionali del disturbo neurocomportamentale associato a esposizione prenatale all'alcol

La disfunzione del SNC osservata negli individui con DN-EPA spesso conduce a un peggioramento del comportamento adattivo e a un comportamento disadattivo con conseguenze per tutta la vita. Gli individui affetti da esposizione alcolica prenatale hanno una più alta prevalenza di esperienze scolastiche interrotte, sistemazioni professionali di basso livello, problemi con la legge, reclusione (legale o psichiatrica) e condizioni di vita dipendenti.

Diagnosi differenziale

Disturbi che sono attribuibili agli effetti fisiologici associati all'uso post-natale di una sostanza, a un'altra condizione medica o all'incuria ambientale. Altre considerazioni comprendono gli effetti fisiologici dell'uso postnatale di sostanze come farmaci, alcol o altre; disturbi legati a un'altra condizione medica, come una lesione traumatica cerebrale o altri disturbi neurocognitivi (per es., delirio, disturbi neurocognitivi maggiori [demenza]); o incuria ambientale.

Condizioni genetiche e teratogene. Condizioni genetiche come la sindrome di Williams, la sindrome di Down, la sindrome di Cornelia de Lange e altre condizioni teratogene, come la sindrome fetale da idantoina e la fenilchetonuria materna, possono presentare caratteristiche fisiche e comportamentali simili. Un attento esame della storia di esposizione prenatale è necessario per chiarire l'agente teratogeno, e la valutazione di un clinico genetista può essere necessaria per distinguere le caratteristiche fisiche associate a queste e altre condizioni genetiche.

Comorbilità

In più del 90% degli individui con una storia di significativa esposizione prenatale all'alcol sono stati identificati problemi di salute mentale. La diagnosi in comorbilità più comune è la sindrome da deficit di attenzione/iperattività, ma la ricerca ha mostrato che gli individui con DN-EPA differiscono nelle caratteristiche neuropsicologiche e nella risposta agli interventi farmacologici. Altri disturbi che si presentano con alta probabilità in comorbilità includono il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta, ma l'appropriatezza di queste diagnosi dovrebbe essere soppesata nel contesto delle significative compromissioni del generale funzionamento intellettuale ed esecutivo che sono spesso associate all'esposizione alcolica prenatale. Sono stati descritti sintomi a carico dell'umore, tra cui sintomi di disturbo bipolare e disturbi depressivi. Una storia di esposizione alcolica prenatale è associata ad aumentato rischio di sviluppo di successivi disturbi da uso di tabacco, alcol e altre sostanze.

Disturbo da comportamento suicidario

Criteri proposti

A. Negli ultimi 24 mesi l'individuo ha compiuto un tentativo di suicidio.

Nota: Un tentativo di suicidio è una sequenza di comportamenti intrapresa volontariamente da parte di un individuo che, al momento dell'avvio, si aspettava che il complesso delle sue azioni l'avrebbe condotto alla morte. (Il "momento dell'avvio" è il momento in cui ha avuto luogo un comportamento che ha coinvolto il metodo utilizzato.)

B. Il gesto non soddisfa i criteri per l'autolesività non suicidaria – cioè non comprende atti di autolesività alla superficie corporea compiuti per indurre sollievo da uno stato emotivo o cognitivo negativi o per raggiungere uno stato d'animo positivo.

C. La diagnosi non è applicata all'ideazione suicidaria o alle azioni preparatorie.

D. Il gesto non ha avuto inizio in un momento di delirio o confusione.

E. Il gesto non è stato messo in atto esclusivamente per un obiettivo politico o religioso.

Specificare se:

Corrente: Non più di 12 mesi dall'ultimo tentativo.

In remissione precoce: 12-24 mesi dall'ultimo tentativo.

Specificatori

Il comportamento suicidario è spesso categorizzato in rapporto alla violenza del metodo seguito. In genere, l'overdose di sostanze illegali o legali è considerata un metodo non violento, mentre defenestrazione, ferite d'arma da fuoco e altri metodi sono considerati violenti. Un'altra dimensione utilizzata per la classificazione è rappresentata dalle conseguenze mediche dell'atto, secondo la quale i tentativi che richiedono un ricovero medico in aggiunta alla visita al pronto soccorso vengono definiti ad alta letalità. Un'ulteriore dimensione presa in considerazione riguarda il grado di pianificazione versus l'impulsività del tentativo, una caratteristica che potrebbe avere conseguenze sull'esito medico del tentativo di suicidio.

Se il comportamento suicidario ha avuto luogo nei 12-24 mesi precedenti alla valutazione, la condizione è considerata essere in remissione precoce. Gli individui rimangono a maggiore rischio di ulteriori tentativi di suicidio e morte nei 24 mesi successivi a un tentativo di suicidio, e il periodo dei 12-24 mesi successivi al momento in cui l'atto ha avuto luogo è definito come "remissione precoce".

Caratteristiche diagnostiche

La manifestazione essenziale del disturbo da comportamento suicidario è un tentativo di suicidio. Un *tentativo di suicidio* è un comportamento che l'individuo ha messo in atto con almeno una certa intenzione di morire. Il comportamento potrebbe portare o non portare a lesioni o a conseguenze mediche gravi. Diversi fattori possono influenzare le conseguenze mediche del tentativo di suicidio, tra cui bassi livelli di pianificazione, mancanza di conoscenza della letalità del metodo scelto, bassi livelli di intenzionalità o ambivalenza, o intervento casuale da parte di altre persone dopo che il comportamento è stato intrapreso. Questi fattori non dovrebbero essere considerati nel porre la diagnosi.

Determinare il grado di intenzionalità può risultare arduo. Gli individui potrebbero non ammettere l'intenzionalità del gesto, specialmente in situazioni in cui farlo potrebbe portare a un ricovero o causare dispiacere alle persone amate. I marker di rischio comprendono il grado di pianificazione, tra cui la scelta del tempo e del luogo adatti a ridurre le possibilità di soccorso o di interruzione; lo stato mentale dell'individuo al momento dell'atto, in cui è particolarmente preoccupante l'agitazione acuta; una recente dimissione da un reparto ospedaliero; oppure una recente sospensione di uno stabilizzatore dell'umore come il litio o di un antipsicotico come la clozapina nel caso della schizofrenia. Esempi di "fattori scatenanti" ambientali includono: l'essere di recente venuti a conoscenza di una condizione medica potenzialmente fatale come un cancro, l'esperienza dell'improvvisa e inaspettata perdita di un parente stretto o del partner, la perdita del lavoro o il trasferimento dalla propria abitazione. Diversamente, caratteristiche come parlare agli altri di eventi futuri o essere pronti a firmare un "accordo per la sicurezza" sono indicatori meno attendibili.

Perché siano soddisfatti i criteri diagnostici, l'individuo deve aver compiuto almeno un tentativo di suicidio. I tentativi di suicidio possono comprendere atti in cui, dopo aver intrapreso il tentativo, l'individuo ha cambiato idea o qualcuno è intervenuto. Per esempio, un individuo potrebbe avere l'intenzione di ingerire una data quantità di un farmaco o un veleno, ma fermarsi o essere fermato da un'altra persona prima di aver ingerito la quantità totale. Se l'individuo viene dissuaso da un'altra persona o ha un ripensamento prima di intraprendere il tentativo di suicidio, la diagnosi non dovrebbe essere posta. Il gesto non deve soddisfare i criteri per l'autolesività non suicidaria, cioè non dovrebbe comprendere ripetuti (almeno 5 volte negli ultimi 12 mesi) episodi di autolesività compiuti per indurre sollievo da uno stato emotivo o cognitivo negativi o per raggiungere uno stato d'animo positivo. Il gesto non dovrebbe aver avuto luogo durante uno stato di delirio o di confusione. Se l'individuo si stordisce deliberatamente ingerendo alcol o droghe prima dell'atto, al fine di ridurre l'ansia anticipatoria e di minimizzare le interferenze con il comportamento programmato, la diagnosi dovrebbe essere posta.

Sviluppo e decorso

Un comportamento suicidario può avere luogo in qualunque momento nel corso della vita, ma raramente è osservato nei bambini minori di 5 anni. Nei bambini in età prepuberale, l'atto spesso consiste in un comportamento (per es., sedersi su un parapet-

to) che un genitore ha proibito perché a rischio di incidente. Approssimativamente il 25-30% delle persone che tentano il suicidio metterà in atto ulteriori tentativi. C'è una variabilità significativa in termini di frequenza, modalità e letalità dei tentativi. A ogni modo, ciò non è differente da quanto si osserva in altre malattie come il disturbo depressivo maggiore, in cui la frequenza degli episodi, il sottotipo e il grado di compromissione per ogni episodio possono variare significativamente.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Il comportamento suicidario varia tra le diverse culture per forma e frequenza. Le differenze culturali potrebbero essere dovute alla disponibilità di specifici metodi (per es., avvelenamento con pesticidi nei paesi in via di sviluppo; ferite d'arma da fuoco nell'area sudoccidentale degli Stati Uniti) o alla presenza di sindromi culturalmente specifiche (per es., l'*ataque de nervios* in alcuni gruppi latino-americani potrebbe condurre a comportamenti che assomigliano molto da vicino ai tentativi di suicidio o potrebbero facilitarli).

Marker diagnostici

Sono spesso evidenti anomalie degli esami di laboratorio conseguenti al tentativo di suicidio. Un comportamento suicidario che conduce a perdita di sangue può essere accompagnato da anemia, ipotensione o shock. L'overdose può portare al coma o a uno stato di ottundimento e ad anomalie di laboratorio associate, come uno squilibrio elettrolitico.

Conseguenze funzionali del disturbo da comportamento suicidario

Condizioni mediche (per es., lacerazioni o traumi dello scheletro, instabilità cardiopolmonare, inalazione di vomito e soffocamento, insufficienza epatica conseguente all'uso di paracetamolo) possono verificarsi in conseguenza di un comportamento suicidario.

Comorbilità

Il comportamento suicidario è presente nel contesto di una varietà di disturbi mentali, più comunemente il disturbo bipolare, il disturbo depressivo maggiore, la schizofrenia, il disturbo schizoaffettivo, i disturbi d'ansia (in particolare, il disturbo di panico associato a contenuto catastrofico e i flashback del DSPT), i disturbi da uso di sostanze (specialmente il disturbo da uso di alcol), il disturbo borderline di personalità, il disturbo antisociale di personalità, i disturbi del comportamento alimentare e i disturbi di adattamento. È raramente manifestato da individui che non presentano alcuna patologia identificabile, a meno che non sia effettuato a causa di una condizione medica dolorosa con l'intento di attirare l'attenzione verso la sofferenza per ragioni politiche o religiose, oppure all'interno di un patto suicidario tra partner, entrambi casi esclusi dalla diagnosi, oppure quando informatori terzi vogliono tenere nascosta la natura del comportamento.

Autolesività non suicidaria

Criteri proposti

A. Nell'ultimo anno, in cinque o più giorni, l'individuo si è intenzionalmente inflitto danni di qualche tipo alla superficie corporea in grado di indurre sanguinamento, lividi o dolore (per es., tagliandosi, bruciandosi, accoltellandosi, colpendosi, strofinandosi eccessivamente), con l'aspettativa che la ferita porti a danni fisici soltanto lievi o moderati (non c'è intenzionalità suicidaria).

Nota: L'assenza di intenzionalità suicidaria è stata affermata dal soggetto oppure può essere dedotta dal fatto che il soggetto ha ripetutamente messo in atto un comportamento essendo consapevole, o avendo appreso, che non è probabile che conduca a morte.

B. L'individuo è coinvolto in attività autolesionistiche con una o più delle seguenti aspettative:

1. Ottenere sollievo da una sensazione o uno stato cognitivo negativi.
2. Risolvere una difficoltà interpersonale.
3. Indurre una sensazione positiva.

Nota: Il sollievo desiderato o la risposta vengono provati durante o subito dopo il gesto autolesivo, e il soggetto può presentare modalità di comportamento che suggeriscono una dipendenza verso il compiere tale gesto ripetutamente.

C. L'autolesività intenzionale è associata ad almeno uno dei seguenti sintomi:

1. Difficoltà interpersonali o sensazioni o pensieri negativi, come depressione, ansia, tensione, rabbia, disagio generalizzato, autocritica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente al gesto autolesivo.
2. Prima di compiere il gesto, presenza di un periodo di preoccupazione difficilmente controllabile riguardo al gesto che l'individuo ha intenzione di commettere.
3. Pensieri di autolesività presenti frequentemente, anche quando il comportamento non viene messo in atto.

D. Il comportamento non è sancito socialmente (per es., body piercing, tatuaggi, rituali religiosi o culturali) e non è limitato all'indursi lesioni da grattamento o al mangiarsi le unghie.

E. Il comportamento o le sue conseguenze causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico, lavorativo o in altre aree importanti.

F. Il comportamento non avviene esclusivamente durante episodi psicotici, delirio, intossicazione o astinenza da sostanze. Negli individui con un disturbo del neurosviluppo, il comportamento non è parte di un pattern di stereotipie ripetitive. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale o condizione medica (per es., disturbo psicotico, disturbo dello spettro dell'autismo, disabilità intellettiva, sindrome di Lesch-Nyhan, disturbo stereotipato del movimento con autolesività, tricotillomania [disturbo da strappamento di peli], disturbo da escoriazione [stuzzicamento della pelle]).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'autolesività non suicidaria è che l'individuo si infligge ripetutamente lesioni superficiali ma dolorose sulla superficie corporea. Il più delle volte il proposito è quello di ridurre emozioni negative come tensione, ansia e autorimprovero, e/o di risolvere una difficoltà interpersonale. In alcuni casi, la ferita è concepita come una meritata autopunizione. L'individuo riferisce spesso una sensazione immediata di sollievo che ha luogo durante il processo. Quando il comportamento si verifica frequentemente, potrebbe essere associato a un senso di necessità e di craving, per cui le modalità di comportamento assomigliano a quelle proprie della dipendenza. Le ferite inflitte possono diventare via via più profonde e più numerose.

La maggior parte delle volte la lesione viene inflitta con un coltello, un ago, un rasoio o un altro oggetto tagliente. Le aree lese comunemente comprendono l'area frontale delle cosce e il lato dorsale dell'avambraccio. Una singola sessione di atti lesivi potrebbe comportare una serie di tagli superficiali paralleli – separati da 1 o 2 cm – in un

punto del corpo visibile o accessibile. I tagli che ne conseguono spesso sanguinano e possono infine lasciare un caratteristico gruppo di cicatrici.

Altri metodi utilizzati comprendono l'incidere un'area, più spesso l'arto superiore, con un ago o un coltello appuntito e tagliente; l'infliggere una bruciatura superficiale con un mozzicone di sigaretta; o il bruciare la pelle con ripetute fiammate di accendino. Il coinvolgimento in gesti di autolesività non suicidaria con metodi vari è associato a una psicopatologia più severa, comprendente tentativi di suicidio.

La grande maggioranza di individui che sono coinvolti in gesti di autolesività non suicidaria non ricerca assistenza clinica. Non è noto se questo fatto rifletta la frequenza del coinvolgimento nel disturbo, o perché una descrizione accurata del comportamento viene vista come stigmatizzante oppure perché i comportamenti sono percepiti come positivi dal soggetto che li compie che non è quindi motivato a ricevere un trattamento. I bambini piccoli potrebbero sperimentare questi comportamenti, ma senza provare sollievo. In questi casi, i bambini spesso riferiscono che la procedura è dolorosa o angosciante e potrebbero quindi interrompere la pratica.

Sviluppo e decorso

L'autolesività non suicidaria esordisce il più delle volte negli anni della prima adolescenza e può continuare per molti anni. Gli accessi all'ospedale per l'autolesività non suicidaria raggiungono un picco a 20-29 anni di età e poi diminuiscono. A ogni modo, le ricerche che hanno esaminato l'età di ospedalizzazione non hanno fornito informazioni sull'età di esordio del comportamento, e sono necessarie ricerche prospettiche per delineare la storia naturale dell'autolesività non suicidaria e gli elementi che favoriscono o inibiscono il suo decorso. Gli individui spesso apprendono il comportamento attraverso il suggerimento o l'osservazione di qualcun altro. La ricerca ha mostrato che quando un individuo che mette in atto comportamenti di autolesività non suicidaria è ricoverato, altri individui possono cominciare a mettere in atto lo stesso comportamento.

Fattori di rischio e prognosi

I tassi di prevalenza dell'autolesività non suicidaria nei maschi e nelle femmine sono più vicini tra loro rispetto ai tassi di prevalenza del disturbo da comportamento suicidario, in cui il rapporto femmine-maschi è di circa 3:1 o 4:1.

Sono state proposte due teorie psicopatologiche basate su analisi funzionali comportamentali: secondo la prima, basata sulla teoria dell'apprendimento, sia rinforzi positivi sia rinforzi negativi sostengono il comportamento. Il rinforzo positivo potrebbe derivare dal punirsi in un modo che l'individuo ritiene di meritare, inducendo uno stato piacevole e rilassato, o dal generare attenzione e aiuto da parte di altre persone significative, o dal rappresentare un'espressione di rabbia. Il rinforzo negativo deriva dalla regolazione affettiva e dalla riduzione di emozioni spiacevoli o dall'evitamento di pensieri dolorosi, compresi i pensieri di suicidio. Nella seconda teoria, l'autolesività non suicidaria è ipotizzato essere una forma di autopunizione, in cui le azioni autopunitive sono intraprese per realizzare gesti che causano disagio o danno agli altri.

Conseguenze funzionali dell'autolesività non suicidaria

L'atto di tagliarsi potrebbe essere compiuto per mezzo di strumenti condivisi, aumentando le possibilità di contagio di malattie a trasmissione ematica.

Diagnosi differenziale

Disturbo borderline di personalità. Come indicato, l'autolesività non suicidaria è stata spesso vista come un "sintomo" del disturbo borderline di personalità, anche se valutazioni cliniche complete hanno mostrato che la maggior parte degli individui con autolesività non suicidaria presentano sintomi che soddisfano criteri anche per altre diagnosi, tra cui le più comuni sono quelle di disturbi del comportamento alimentare e disturbi da uso di sostanze. Storicamente, l'autolesività non suicidaria era vista come patognomonica del disturbo borderline di personalità. Entrambe le condizioni sono associate a diverse altre diagnosi. Sebbene vi sia frequentemente associato, il disturbo borderline di personalità non si trova invariabilmente nei soggetti con autolesività non suicidaria. Le due condizioni differiscono in diversi modi. Gli individui con disturbo borderline di personalità spesso manifestano comportamenti disturbati, aggressivi e ostili, mentre l'autolesività non suicidaria è più spesso associata a periodi di vicinanza, comportamenti collaborativi e relazioni positive. A livello più basilare, sono presenti differenze nel coinvolgimento di vari sistemi di neurotrasmettitori, ma ciò non è evidente nella valutazione clinica.

Disturbo da comportamento suicidario. La discriminazione tra autolesività non suicidaria e disturbo da comportamento suicidario è basata sia sul desiderio di morire come obiettivo dichiarato del comportamento (disturbo da comportamento suicidario) sia, nell'autolesività non suicidaria, sul provare sollievo come descritto nei criteri diagnostici. In relazione alle circostanze, gli individui possono fornire spiegazioni di comodo, e diversi studi riportano alti tassi di false dichiarazioni di intento. I soggetti con una storia di frequenti episodi di autolesività non suicidaria hanno imparato che una sessione di tagli, nonostante sia dolorosa, ha solitamente prognosi favorevole nel breve termine. Poiché gli individui con autolesività non suicidaria possono compiere e compiono tentativi di suicidio e suicidi, è importante controllare la storia passata di comportamento suicidario e ottenere informazioni da un soggetto terzo riguardo qualunque recente cambiamento nell'umore e nell'esposizione a eventi stressanti. La probabilità di intenti suicidari è stata associata all'uso di precedenti metodi multipli di autolesività.

In uno studio di follow-up di casi di "autolesività" su maschi trattati in uno dei diversi pronto soccorso ospedalieri nel Regno Unito, individui con autolesività non suicidaria avevano probabilità significativamente maggiori di commettere suicidio rispetto agli altri adolescenti dello stesso gruppo. Gli studi che hanno esaminato la relazione tra l'autolesività non suicidaria e il disturbo da comportamento suicidario sono limitati dal fatto di essere retrospettivi e di non riuscire a ottenere resoconti verificati del metodo utilizzato durante i precedenti "tentativi". Una quota significativa di coloro che mettono in atto gesti di autolesività non suicidaria ha risposto affermativamente quando veniva loro chiesto se si fossero mai procurati dei tagli (o se avessero mai utilizzato i loro mezzi preferiti di autolesività) con l'intenzione di morire. È ragionevole concludere che l'autolesività non suicidaria, sebbene non presenti un alto rischio di suicidio quando si manifesta per la prima volta, è una forma particolarmente pericolosa di comportamento autolesionistico.

Questa conclusione è supportata anche da uno studio multisede condotto su adolescenti depressi che non avevano precedentemente risposto a farmaci antidepressivi, che notava come i pazienti con precedenti autolesioni non suicidarie non rispondevano alla terapia cognitivo-comportamentale, e da un altro studio che ha rilevato come l'autolesività non suicidaria sia un predittore dell'uso/abuso di sostanze.

Tricotillomania (disturbo da strappamento di peli). La tricotillomania è un comportamento lesivo confinato al tirarsi peli e capelli, più comunemente dal cuoio capelluto, dalle ciglia o dalle sopracciglia. Il comportamento viene messo in pratica in "sessioni" che possono durare ore. È più probabile che abbia luogo in un momento di rilassamento o distrazione.

Autolesività stereotipata. L'autolesività stereotipata, che può includere il battere la testa, il mordersi o il colpirsi, è di solito associata a concentrazione intensa o può verificarsi in condizioni di bassi stimoli esterni e potrebbe essere associata a ritardo dello sviluppo.

Disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle). Il disturbo da escoriazione si presenta soprattutto nelle donne ed è di solito volto a escoriare un'area della pelle che l'individuo percepisce essere sgradevole o imperfetta, di solito a livello del volto o del cuoio capelluto. Come nell'autolesività non suicidaria, l'atto dell'escoriazione è spesso preceduto da una sensazione di necessità ed è percepito come piacevole, anche se l'individuo comprende di infliggersi un danno. Il disturbo non è associato all'uso di alcuno strumento.

APPENDICE

Principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV 937
Glossario dei termini tecnici 949
Glossario dei concetti culturali di sofferenza 967
Elenco alfabetico delle diagnosi del DSM-5 e dei codici ICD-9-CM e ICD-10-CM 973
Elenco numerico delle diagnosi del DSM-5 e dei codici ICD-9-CM 999
Elenco numerico delle diagnosi del DSM-5 e dei codici ICD-10-CM 1017
Consulenti e collaboratori del DSM-5 1041

Principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV

I cambiamenti apportati ai criteri diagnostici e ai testi del DSM-5 vengono descritti in questo capitolo nello stesso ordine in cui appaiono nella classificazione del DSM-5. Questa descrizione riassuntiva ha lo scopo di illustrare ai lettori solo i cambiamenti più significativi per ciascuna categoria di disturbo. Una descrizione dettagliata di quasi tutti i cambiamenti (eccettuati quelli minori apportati al testo o a singole parole, necessari per una maggiore chiarezza) è disponibile online (www.psychiatry.org/dsm5). Si noti, inoltre, che la Sezione I contiene una descrizione dei cambiamenti relativi all'organizzazione dei capitoli del DSM-5, al sistema multiassiale e all'introduzione delle scale di valutazione dimensionali.

Disturbi del neurosviluppo

Nel DSM-IV veniva utilizzato il termine *ritardo mentale*. Tuttavia, **disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)** è il termine divenuto di uso comune negli ultimi vent'anni tra medici, insegnanti e altri professionisti, nonché presso il grande pubblico e i gruppi di tutela della salute. I criteri diagnostici mettono in evidenza la necessità di una valutazione sia della capacità cognitiva (QI) sia del funzionamento adattivo. La gravità è determinata più dal funzionamento adattivo che dal punteggio QI.

I **disturbi della comunicazione**, che sono stati rinominati a partire dal disturbo della fonazione e dalla balbuzie del DSM-IV, comprendono il **disturbo del linguaggio** (che unisce i precedenti disturbo della espressione del linguaggio e disturbo misto della espressione e della ricezione del linguaggio), il **disturbo fonetico-fonologico** (in precedenza, disturbo della fonazione) e il **disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia** (in precedenza, balbuzie). È compreso anche il **disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)**, una nuova condizione che comporta persistenti difficoltà nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale.

Il **disturbo dello spettro dell'autismo** è un nuovo disturbo del DSM-5, che riunisce il disturbo autistico (autismo), il disturbo di Asperger, il disturbo disintegrativo dell'infanzia, il disturbo di Rett e il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato, precedentemente descritti nel DSM-IV. È caratterizzato da deficit in due ambiti principali: 1) deficit nella comunicazione sociale e nelle interazioni sociali e 2) pattern di comportamento, interessi e attività limitati e ripetitivi.

Molti cambiamenti sono stati apportati ai criteri diagnostici del **disturbo da deficit di attenzione/iperattività** (DDAI). Sono stati aggiunti degli esempi alle voci del crite-

rio per facilitare l'applicazione nell'arco di vita; la descrizione dell'età di esordio è stata modificata (da "alcuni sintomi di iperattivà-impulsività o di disattenzione che causano menomazione devono essere stati presenti prima dei 7 anni di età" a "diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni"); i sottotipi sono stati sostituiti da specificatori della manifestazione che corrispondono direttamente ai sottotipi precedenti; ora è permessa una diagnosi in comorbilità con un disturbo dello spettro dell'autismo; per gli adulti è stata modificata la soglia sintomatologica, a riflettere l'evidenza sostanziale di una compromissione da DDAI clinicamente significativa, con il cutoff per DDAI di cinque sintomi, invece dei sei richiesti per gli individui più giovani, sia per la disattenzione sia per l'iperattività e l'impulsività.

Il **disturbo specifico dell'apprendimento** unisce le diagnosi del DSM-IV di disturbo della lettura, disturbo del calcolo, disturbo dell'espressione scritta e disturbo dell'apprendimento non altrimenti specificato. I deficit di apprendimento nelle aree della lettura, dell'espressione scritta e del calcolo sono codificati come specificatori separati. Nel testo si specifica che alcuni tipi di deficit di lettura vengono descritti a livello internazionale come *dislessia* e alcuni tipi di deficit matematici come *discalculia*.

Nel DSM-5 sono compresi i seguenti **disturbi del movimento**: disturbo dello sviluppo della coordinazione, disturbo da movimento stereotipato, disturbo di Tourette, disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali, disturbo transitorio da tic, disturbo da tic con altra specificazione e disturbo da tic senza specificazione. I criteri dei tic sono stati standardizzati trasversalmente a tutti questi disturbi.

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici

Sono stati operati due cambiamenti al Criterio A per la **schizofrenia**: 1) l'eliminazione dell'attribuzione speciale di deliri bizzarri e allucinazioni uditive schneideriane di primo ordine (per es., due o più voci che conversano), che porta alla richiesta di almeno due sintomi del Criterio A per una diagnosi di schizofrenia, e 2) l'aggiunta della richiesta che almeno uno dei sintomi del Criterio A debba essere deliri, allucinazioni o eloquio disorganizzato. I sottotipi della schizofrenia del DSM-IV sono stati eliminati a causa della loro limitata stabilità, della poca attendibilità e della scarsa validità diagnostiche. Per contro, nella Sezione III del DSM-5 è compreso un approccio dimensionale che valuta la gravità dei principali sintomi della schizofrenia, al fine di cogliere la rilevante eterogeneità di sintomi e gravità manifestata dagli individui con disturbi psicotici. Il **disturbo schizoaffettivo** viene riconcettualizzato in termini di diagnosi longitudinale anziché di osservazione trasversale – più simile a schizofrenia, disturbo bipolare e disturbo depressivo maggiore, che sono collegati in questa condizione – e richiede che un episodio dell'umore maggiore sia presente per la maggior parte della durata totale del disturbo dopo che il Criterio A è stato soddisfatto. Il Criterio A per il **disturbo delirante** non richiede più che i deliri non siano bizzarri; ora, per mantenere la continuità con il DSM-IV è compreso uno specificatore per i deliri di tipo bizzarro. I criteri per la **catatonia** sono descritti in modo uniforme nel DSM-5. Inoltre, la catatonia può essere diagnosticata con uno specificatore (per i disturbi depressivi, bipolari e psicotici, compresa la schizofrenia), nel contesto di una condizione medica nota o come diagnosi con altra specificazione.

Disturbi bipolari e disturbi correlati

I criteri diagnostici per i **disturbi bipolari** presentano cambiamenti sia nell'umore sia nell'attività sia nell'energia. La diagnosi del DSM-IV di disturbo bipolare I, episodi misti – che richiede che l'individuo soddisfi pienamente e contemporaneamente i criteri sia per la mania sia per l'episodio depressivo maggiore – è sostituita da un nuovo specificatore "con caratteristiche miste". Condizioni particolari possono ora essere diagnosticate come **disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione**, che comprende la categorizzazione di individui con una storia pregressa di disturbo depressivo maggiore i cui sintomi soddisfano pienamente i criteri per l'ipomania, a eccezione del criterio della durata (cioè l'episodio dura solo 2 o 3 giorni invece dei 4 o più consecutivi richiesti). Una seconda condizione che costituisce una variante del disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione è che vi sono troppo pochi sintomi dell'ipomania per soddisfare pienamente i criteri per la sindrome bipolare II, anche se la durata, almeno 4 giorni consecutivi, è sufficiente. Infine, sia in questo capitolo sia nel capitolo "Disturbi depressivi" viene delineato uno specificatore per l'ansia.

Disturbi depressivi

Per evitare il rischio di sovradiagnosi e sovratrattamento del disturbo bipolare nei bambini, viene inclusa una nuova diagnosi, **disturbo da disregolazione dell'umore dirompente**, per individui fino a 18 anni che presentano irritabilità persistente e frequenti episodi di discontrollo comportamentale estremo. Il **disturbo disforico premestruale** è stato ora promosso dall'Appendice B, "Criteri e Assi utilizzabili per ulteriori studi", del DSM-IV al corpo principale del DSM-5. Ciò a cui ci si riferiva nel DSM-IV come distimia ora rientra nella categoria del **disturbo depressivo persistente**, che comprende sia il disturbo depressivo maggiore cronico sia il precedente disturbo distimico. La coesistenza in un **episodio depressivo maggiore** di almeno tre sintomi maniacali (non sufficiente per soddisfare i criteri per un episodio maniacale) viene ora riconosciuta dallo specificatore "con caratteristiche miste". Nel DSM-IV c'era un criterio di esclusione per un episodio depressivo maggiore che veniva applicato ai sintomi depressivi che durano meno di 2 mesi dopo la morte di una persona cara (cioè esclusione del lutto). Questa esclusione viene omessa nel DSM-5 per diverse ragioni, compreso il riconoscimento che il lutto è un evento psicosociale stressante grave che può causare un episodio depressivo maggiore in un individuo vulnerabile, che inizia generalmente subito dopo la perdita e può aggiungere un rischio ulteriore di sofferenza, sentimenti di impotenza, ideazione suicidaria, peggioramento delle condizioni di salute e compromissione del funzionamento interpersonale e lavorativo. Era cruciale rimuovere l'implicazione che il lutto duri tipicamente solo 2 mesi, quando sia i medici sia i consulenti nell'elaborazione del lutto riconoscono che la durata più comune è di 1-2 anni. Una nota dettagliata ha sostituito il più semplicistico criterio di esclusione del DSM-IV per aiutare i clinici a distinguere tra i sintomi caratteristici del lutto e quelli di un disturbo depressivo maggiore. Infine, sia per i disturbi bipolari sia per quelli depressivi è stato aggiunto un nuovo specificatore per indicare la presenza di sintomi misti.

Disturbi d'ansia

Il capitolo sui disturbi d'ansia non comprende più né il disturbo ossessivo-compulsivo (che si trova nel nuovo capitolo "Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati") né il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo da stress acuto (che si trovano nel nuovo capitolo "Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti"). I cambiamenti nei criteri per la **fobia specifica** e il **disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)** comprendono la cancellazione del requisito che gli individui sopra i 18 anni riconoscano che la loro ansia sia eccessiva o irragionevole. Per contro, l'ansia deve essere sproporzionata rispetto al pericolo o alla minaccia reali posti dalla situazione, dopo aver preso in considerazione i fattori contestuali e culturali. Inoltre, la durata di 6 mesi viene ora estesa a tutte le età. Gli **attacchi di panico** possono essere ora elencati come specificatore applicabile a tutti i disturbi del DSM-5. Il **disturbo di panico** e l'**agorafobia** non sono collegati nel DSM-5. Pertanto, le precedenti diagnosi del DSM-IV di disturbo di panico con agorafobia, disturbo di panico senza agorafobia e agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico sono sostituite da due diagnosi, disturbo di panico e agorafobia, ciascuna con criteri separati. Lo specificatore "generalizzato" per il **disturbo d'ansia sociale** è stato eliminato e sostituito dallo specificatore "legata solo alla performance". Il **disturbo d'ansia di separazione** e il **mutismo selettivo** sono ora classificati come disturbi d'ansia. La formulazione dei criteri è stata modificata per rappresentare più adeguatamente la manifestazione dei sintomi d'ansia di separazione in età adulta. Inoltre, diversamente dal DSM-IV, i criteri diagnostici non specificano più che l'esordio debba avvenire prima dei 18 anni, e per gli adulti è stato aggiunto un criterio di durata – "tipicamente di 6 mesi o più" – per minimizzare il rischio di sovradiagnosi di paure transitorie.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati

Il "Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati" è un nuovo capitolo del DSM-5. I nuovi disturbi comprendono **disturbo da accumulo**, **disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle)**, **disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci** e **disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica**. La diagnosi del DSM-IV di tricotillomania viene ora definita **tricotillomania (disturbo da strappamento di peli)** ed è stata spostata dalla classificazione fra i disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove del DSM-IV alla categoria dei disturbi ossessivo-compulsivo e correlati del DSM-5. Lo specificatore "con scarso insight" per il **disturbo ossessivo-compulsivo** è stato ridefinito per consentire una distinzione tra gli individui con insight buono o sufficiente, con insight scarso e con "insight assente/convinzioni deliranti" del disturbo ossessivo-compulsivo (cioè l'individuo è assolutamente sicuro che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano vere). Analoghi specificatori di "insight" sono stati inclusi per il disturbo di dismorfismo corporeo e per il disturbo da accumulo. È stato aggiunto anche uno specificatore "correlato a tic" per il disturbo ossessivo-compulsivo, poiché la presenza di un disturbo da tic in comorbilità può avere implicazioni cliniche importanti. Per il **disturbo di dismorfismo corporeo** è stato aggiunto lo specificatore "dismorfia muscolare", a riflettere la sempre più numerosa letteratura sulla validità diagnostica e l'utilità clinica di questa distinzione in individui con disturbo di dismorfismo corporeo. La variante delirante del disturbo di dismorfismo corporeo (che identifica gli individui che sono totalmente convinti di che i difetti o le imperfezioni percepiti nel loro aspetto fisico sia realmente anormali) non è più codificata né come disturbo delirante, tipo somatico, né come disturbo di dismorfismo corporeo; nel DSM-5, questa manifestazione è definita solo come disturbo di dismorfismo corporeo con specificatore insight assente/convinzioni deliranti. Gli individui possono ricevere anche una diagnosi di **disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione**, che può comprendere condizioni come disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo e gelosia patologica, o **disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione**.

Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti

Per una diagnosi di **disturbo da stress acuto**, si afferma ora esplicitamente che l'esposizione all'evento traumatico comprende il farne esperienza diretta, assistervi direttamente o venirne a conoscenza. Inoltre, è stato eliminato il Criterio A2 del DSM-IV che si riferiva alla reazione soggettiva all'evento traumatico (per es., "paura intensa, sentirsi inerme o provare orrore"). I **disturbi dell'adattamento** sono stati ripensati come un insieme eterogeneo di sindromi di risposta allo stress che si verificano dopo l'esposizione a un evento stressante (traumatico o non traumatico), piuttosto che una categoria residuale per gli individui che presentano disagio clinicamente significativo ma i cui sintomi non soddisfano i criteri per un disturbo più specifico (come nel DSM-IV).

I criteri del DSM-5 per il **disturbo da stress post-traumatico** (DSPT) differiscono in maniera significativa dai criteri del DSM-IV. Il criterio relativo al fattore stressante (Criterio A) è più esplicito in riferimento agli eventi che qualificano le esperienze "traumatiche". Inoltre, è stato eliminato il Criterio A2 (reazione soggettiva) del DSM-IV. Mentre nel DSM-IV c'erano tre cluster principali di sintomi – il rivivere persistentemente l'evento traumatico, l'evitamento/intorpidimento e l'aumento dell'arousal –, nel DSM-5 ci sono quattro cluster di sintomi, poiché il cluster evitamento/intorpidimento è diviso in due cluster differenti: evitamento e alterazioni negative di pensieri ed emozioni. Quest'ultima categoria, che conserva la maggior parte dei sintomi di intorpidimento del DSM-IV, comprende anche sintomi nuovi o riconcettualizzati, come stati emotivi negativi persistenti. Il cluster finale – alterazioni della reattività e dell'arousal – conserva la maggior parte dei sintomi relativi all'arousal del DSM-IV. Comprende anche comportamento irritabile o esplosioni di rabbia e comportamento spericolato o autodistruttivo. Nel DSM-5, i criteri diagnostici del DSPT tengono conto dello sviluppo, in quanto sono state abbassate le soglie diagnostiche per i bambini e per gli adolescenti. Inoltre, sono stati aggiunti criteri separati per i bambini sotto i 6 anni che presentano questo disturbo.

La diagnosi del DSM-IV di disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia o della prima fanciullezza aveva due sottotipi: inibito e disinibito. Nel DSM-5, questi due sottotipi sono diventati due disturbi distinti: **disturbo reattivo dell'attaccamento** e **disturbo da impegno sociale disinibito**.

Disturbi dissociativi

I principali cambiamenti nei **disturbi dissociativi** presenti nel DSM-5 comprendono i seguenti: 1) la derealizzazione è stata inclusa nel nome e nella struttura dei sintomi di ciò che in precedenza era definito disturbo di depersonalizzazione (che ora si chiama **disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione**); 2) la fuga dissociativa è ora uno specificatore dell'**amnesia dissociativa** e non una diagnosi separata; e 3) i criteri per il disturbo

dissociativo dell'identità sono stati modificati per indicare che i sintomi di disgregazione dell'identità possono essere riferiti dall'individuo o osservati da altre persone, e che i vuoti nella rievocazione degli eventi possono verificarsi per gli eventi quotidiani e non solo per gli eventi traumatici. Inoltre, in alcune culture nella descrizione della disgregazione dell'identità sono comprese anche esperienze di possessione patologica.

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

Nel DSM-5, i disturbi somatoformi vengono ora definiti come **disturbi da sintomi somatici e correlati**. La classificazione del DSM-5 riduce il numero di tali disturbi e delle sottocategorie per evitare sovrapposizioni problematiche. Sono state eliminate le diagnosi di disturbo di somatizzazione, ipocondria, disturbo algico e disturbo somatoforme indifferenziato. Gli individui che in precedenza avrebbero ricevuto una diagnosi di disturbo di somatizzazione in genere hanno sintomi che soddisfano i criteri del DSM-5 per il **disturbo da sintomi somatici**, ma solo se, in aggiunta ai loro sintomi somatici, hanno pensieri, sentimenti e comportamenti disadattivi correlati al disturbo. Poiché la distinzione tra disturbo di somatizzazione e disturbo somatoforme indifferenziato era arbitraria, nel DSM-5 sono stati incorporati nel disturbo da sintomi somatici. Gli individui che in precedenza ricevevano una diagnosi di ipocondria con un elevato livello di ansia relativa alla salute ma senza sintomi somatici, secondo il DSM-5 riceverebbero una diagnosi di **disturbo da ansia di malattia** (a meno che l'ansia per la salute non sia meglio spiegata da un disturbo d'ansia primario, come il disturbo d'ansia generalizzata). Alcuni individui con dolore cronico riceverebbero una diagnosi appropriata di disturbo da sintomi somatici, con dolore predominante. Per gli altri, fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche o un disturbo dell'adattamento sarebbero diagnosi più appropriate.

Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche è un nuovo disturbo mentale del DSM-5, che nel DSM-IV era elencato nel capitolo "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica". Questo disturbo e il **disturbo fittizio** sono posti tra i disturbi da sintomi somatici e correlati perché i sintomi somatici sono predominanti in entrambi i disturbi, ed entrambi si incontrano spesso nei setting medici. Le varianti dei fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche sono state eliminate in favore di una diagnosi principale. I criteri per il **disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali)** sono stati modificati per sottolineare l'importanza fondamentale dell'esame neurologico e per il fatto che è possibile che i fattori psicologici rilevanti non siano dimostrabili al momento della diagnosi. Il disturbo da sintomi somatici con altra specificazione, il disturbo da ansia di malattia con altra specificazione e la pseudociesi sono ora gli unici esempi della classificazione del **disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione**.

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

A causa dell'eliminazione del capitolo del DSM-IV-TR "Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza", questo capitolo del DSM-5 descrive diversi disturbi che nel DSM-IV si trovavano nel paragrafo "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dell'infanzia o della prima fanciullezza", come **pica** e **disturbo da ruminazione**. La categoria del DSM-IV relativa al disturbo della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza è stata rinominata **disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo**, e i criteri sono stati ampliati in modo significativo. I criteri diagnostici fondamentali per l'**anoressia nervosa** non sono stati riconcettualizzati rispetto al DSM-IV, con un'unica eccezione: è stato eliminato il requisito dell'amenorrea. Come nel DSM-IV, il Criterio A richiede che gli individui con questo disturbo abbiano un peso corporeo significativamente basso rispetto al loro stadio di sviluppo. La formulazione del criterio è stata modificata per migliorare la chiarezza, e nel testo è fornita una guida per valutare se un individuo abbia un peso corporeo significativamente basso. Nel DSM-5, il Criterio B è stato ampliato per comprendere non solo la paura esplicitamente dichiarata di aumentare di peso, ma anche il comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso. L'unico cambiamento nei criteri del DSM-IV per la **bulimia nervosa** è la riduzione della frequenza media minima richiesta di abbuffate e comportamento compensatorio inappropriato da due a una volta alla settimana. La ricerca estensiva che ha seguito la presentazione dei criteri preliminari per l'alimentazione incontrollata (ora disturbo da binge-eating) nell'Appendice B del DSM-IV ha documentato l'utilità e la validità cliniche del **disturbo da binge-eating**. L'unica differenza significativa rispetto ai criteri preliminari è che la frequenza media minima delle abbuffate richiesta per la diagnosi è di una volta alla settimana negli ultimi 3 mesi, identica al criterio della frequenza per la bulimia nervosa (invece di almeno 2 giorni alla settimana per 6 mesi nel DSM-IV).

Disturbi dell'evacuazione

Non ci sono cambiamenti significativi in questa classe diagnostica dal DSM-IV al DSM-5. I disturbi di questo capitolo erano classificati nel DSM-IV fra i disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza, nel DSM-5 hanno una classificazione indipendente.

Disturbi del sonno-veglia

Nel DSM-5, le diagnosi che nel DSM-IV venivano definite disturbo del sonno correlato ad altro disturbo mentale e disturbo del sonno dovuto a una condizione medica generale sono state eliminate, e per ciascun disturbo del sonno-veglia viene fornita una maggiore specificazione di condizioni concomitanti. La diagnosi di insonnia primaria è stata ridefinita **disturbo da insonnia** per evitare la distinzione tra insonnia primaria e insonnia secondaria. Il DSM-5 distingue anche la **narcolessia** – associata a carenza di ipocretina – dalle altre forme di ipersonnolenza (disturbo da ipersonnolenza). Infine, nella classificazione del DSM-5 dei disturbi del sonno-veglia, i criteri pediatrici ed evolutivi e il testo sono stati integrati là dove le conoscenze scientifiche attuali e le considerazioni sull'utilità clinica supportano tali integrazioni. I **disturbi del sonno correlati alla respirazione** sono suddivisi in tre disturbi relativamente distinti: apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, apnea centrale del sonno e ipoventilazione correlata al sonno. I sottotipi dei **disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia** sono stati ampliati per comprendere il tipo fase di sonno ritardata e il tipo ritmo sonno-veglia irregolare, mentre il tipo sindrome da cambio di fusi orari (jet lag) è stato eliminato. L'uso delle precedenti diagnosi del DSM-IV "non altrimenti specificato" è stato ridotto elevando a disturbi indipendenti il **disturbo comportamentale del sonno rem** e la **sindrome delle gambe senza riposo**.

Disfunzioni sessuali

Nel DSM-5 sono state aggiunte alcune disfunzioni sessuali specifiche per il genere e, per le femmine, i disturbi del desiderio e dell'eccitazione sessuali sono stati riuniti in un unico disturbo: **disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile**. Tutte queste disfunzioni (eccetto la **disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci**) richiedono ora una durata minima di circa 6 mesi e criteri di gravità più precisi. Nel DSM-5 è stato aggiunto il **disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione**, che rappresenta una combinazione di vaginismo e dispareunia, che erano altamente in comorbilità e difficili da distinguere. La diagnosi di disturbo da avversione sessuale è stata eliminata perché raramente utilizzata e per la mancanza di ricerca a supporto.

Nel DSM-5 ci sono solo due sottotipi per le disfunzioni sessuali: **permanente** *versus* **acquisita** e **generalizzata** *versus* **situazionale**. Per indicare la presenza e il grado di altri correlati clinici e non clinici, sono state aggiunte al testo le seguenti **caratteristiche associate**: fattori riguardanti il partner, fattori relazionali, fattori di vulnerabilità individuale, fattori culturali o religiosi e fattori medici.

Disforia di genere

La **disforia di genere** è una nuova classe diagnostica del DSM-5 e riflette un cambiamento nella concettualizzazione delle caratteristiche che definiscono il disturbo attraverso l'enfatizzazione del fenomeno dell'"incongruenza di genere" anziché dell'identificazione col sesso opposto, come era il disturbo dell'identità di genere nel DSM-IV. La disforia di genere comprende set di criteri separati: 1) per i bambini e 2) per gli adolescenti e gli adulti. Per quanto riguarda i criteri per gli adolescenti e gli adulti, i precedenti Criterio A (identificazione col sesso opposto) e Criterio B (estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso) sono stati riuniti. Nell'espressione dei criteri, "il sesso opposto" è stato sostituito da "il genere opposto" (o "un genere alternativo"). Viene utilizzato sistematicamente *genere* invece di *sesso* perché il concetto di "sesso" è inadeguato quando ci si riferisce a individui con un disturbo dello sviluppo sessuale. Nei criteri per i bambini, "forte desiderio di appartenere al genere opposto" sostituisce il precedente "desiderio ripetutamente affermato di essere ... dell'altro sesso" per descrivere la situazione di alcuni bambini che, in un ambiente coercitivo, non possono verbalizzare il desiderio di appartenere a un altro genere. Per i bambini, il Criterio A1 ("forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto...") è ora necessario (ma non sufficiente), cosa che rende la diagnosi più restrittiva e conservativa. La sottotipizzazione sulla base dell'orientamento sessuale è stata eliminata perché la distinzione non è più considerata clinicamente utile. Uno specificatore **post-transizione** è stato aggiunto per identificare gli individui che sono stati sottoposti ad almeno una procedura o un trattamento medico per supportare la riassegnazione del genere (per es., trattamento con ormoni del sesso opposto). Anche se il concetto di post-transizione è modellato sul concetto di remissione parziale o completa, il termine *remissione* implica un processo di riduzione dei sintomi che lo rende non direttamente applicabile alla disforia di genere.

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

"Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta" è un nuovo capitolo del DSM-5, che riunisce disturbi precedentemente compresi nel capitolo "Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza" (cioè disturbo oppositivo provocatorio, disturbo della condotta e disturbo da comportamento dirompente non altrimenti specificato, ora categorizzato come disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione e senza specificazione) e il capitolo "Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" (cioè disturbo esplosivo intermittente, piromania e cleptomania). Questi disturbi sono tutti caratterizzati da problemi di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti. In particolare, il DDAI si presenta frequentemente in comorbilità con i disturbi di questo capitolo, ma viene elencato tra i disturbi del neurosviluppo. A causa della stretta associazione con il disturbo della condotta, il disturbo antisociale di personalità è presente sia in questo capitolo sia nel capitolo "Disturbi di personalità", dove è descritto in dettaglio.

I criteri per il **disturbo oppositivo provocatorio** sono ora raggruppati in tre tipi: umore collerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio e vendicatività. Inoltre, il criterio di esclusione per il disturbo della condotta è stato eliminato. I criteri per il **disturbo della condotta** comprendono lo specificatore delle caratteristiche descrittive per gli individui che soddisfano pienamente i criteri per il disturbo ma presentano anche **emozioni prosociali limitate**. Il cambiamento principale nel **disturbo esplosivo intermittente** è nel tipo di esplosioni di aggressività che devono essere considerate: il DSM-IV richiedeva aggressività fisica, mentre nel DSM-5 anche l'aggressività verbale e l'aggressione fisica non distruttiva e non lesiva soddisfano i criteri. Il DSM-5 fornisce criteri più specifici riguardo alla frequenza necessaria e precisa che le esplosioni di aggressività sono impulsive e/o generate dalla rabbia, e devono causare marcata compromissione del funzionamento in ambito lavorativo o interpersonale, o essere associate a conseguenze legali o finanziarie negative. Inoltre, è richiesta un'età minima di 6 anni (o un livello di sviluppo equivalente).

Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction

Un'importante differenza rispetto ai manuali diagnostici del passato è che il capitolo sui disturbi correlati a sostanze è stato ampliato per comprendere il **disturbo da gioco d'azzardo**. Un altro cambiamento fondamentale è che il DSM-5 non separa le diagnosi di *abuso* e *dipendenza* da sostanze come il DSM-IV. Vengono invece forniti i criteri per il **disturbo da uso di sostanze**, accompagnati dai criteri per intossicazione, astinenza, disturbi correlati a sostanze e disturbi correlati a sostanze senza specificazione, dove applicabili. All'interno dei disturbi da uso di sostanze, il criterio del DSM-IV relativo ai problemi legali ricorrenti collegati a sostanze è stato eliminato dal DSM-5, ed è stato aggiunto un nuovo criterio: craving, o forte desiderio o spinta all'uso di una sostanza. Inoltre, nel DSM-5 la soglia per la diagnosi di disturbo da uso di sostanze viene stabilita a due o più criteri, in contrasto con la soglia di uno o più criteri per una diagnosi di abuso di sostanze e tre o più per una diagnosi di dipendenza stabilita dal DSM-IV. **Astinenza da cannabis** e **astinenza da caffeina** sono nuovi disturbi (quest'ultima era nell'Appendice B del DSM-IV, "Criteri e Assi utilizzabili per ulteriori studi").

Nel DSM-5 la **gravità** dei disturbi da uso di sostanze si basa sul numero di criteri coinvolti. Lo specificatore del DSM-IV per il sottotipo fisiologico è stato eliminato nel DSM-5, così come la diagnosi di dipendenza da sostanze molteplici. La remissione precoce da un disturbo da uso di sostanze è definita nel DSM-5 da un minimo di 3 ma meno di 12 mesi senza soddisfare i criteri del disturbo da uso di sostanze (con l'eccezione del craving) e la remissione protratta è definita da un minimo di 12 mesi senza soddisfare i criteri del disturbo da uso di sostanze (con l'eccezione del craving). I nuovi specificatori aggiuntivi del DSM-5 comprendono "**in ambiente controllato**" e "**in terapia agonista**", a seconda di ciò che la situazione richiede.

Disturbi neurocognitivi

Le diagnosi del DSM-IV di demenza e disturbo amnestico sono comprese nella nuova denominazione di **disturbo neurocognitivo maggiore** (DNC). Il termine *demenza* non è escluso dall'utilizzo nei sottotipi eziologici dove quel termine è standard. Inoltre, il DSM-5 riconosce un livello di compromissione cognitiva meno grave, **DNC lieve**, che è un nuovo disturbo che permette la diagnosi di sindromi meno disabilitanti e che tuttavia possono essere oggetto di attenzione e trattamento. Vengono forniti i criteri diagnostici per entrambi i disturbi, seguiti dai criteri per i differenti **sottotipi eziologici**. Nel DSM-IV erano previste diagnosi singole per la demenza tipo Alzheimer, demenza vascolare, demenza persistente indotta da sostanze, mentre gli altri disturbi neurodegenerativi venivano classificati come demenza dovuta ad altre condizioni mediche generali, a HIV, a trauma cranico, a morbo di Parkinson, a malattia di Huntington, a malattia di Pick, a malattia di Creutzfeldt-Jakob e ad altre condizioni mediche specificate. Nel DSM-5, il DNC maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer e il DNC vascolare maggiore o lieve sono stati conservati, mentre nuovi criteri separati vengono ora presentati, rispettivamente, per il DNC, maggiore o lieve, frontotemporale, a corpi di Lewy, dovuto a trauma cranico, indotto da sostanze/farmaci, dovuto a infezione da HIV, a malattie da prioni, a morbo di Parkinson, a malattia di Huntington, a un'altra condizione medica e a eziologie molteplici. È compreso come diagnosi anche il DNC senza specificazione.

Disturbi di personalità

I criteri per i disturbi di personalità presentati nella Sezione II del DSM-5 non sono cambiati rispetto a quelli del DSM-IV. Per il DSM-5 è stato sviluppato un approccio alternativo alla diagnosi dei disturbi di personalità da sottoporre a ulteriori studi, che è stato inserito nella Sezione III (si veda "Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità"). Nei **criteri generali per il disturbo di personalità**, presentati nella Sezione III, il criterio del funzionamento della personalità (Criterio A) è stato sviluppato sulla base di un esame della letteratura sugli strumenti di valutazione clinica attendibile delle compromissioni fondamentali per la patologia di personalità. Una diagnosi di **disturbo di personalità tratto-specificato**, basata su una compromissione moderata o maggiore del funzionamento della personalità e sulla presenza di tratti di personalità patologici, sostituisce il disturbo di personalità non altrimenti specificato e fornisce una diagnosi più informativa per gli individui che non sono descritti in modo ottimale da uno specifico disturbo di personalità. Una maggiore enfasi sul funzionamento della

personalità e sui criteri basati sul tratto aumenta la stabilità e i fondamenti empirici dei disturbi. **Funzionamento della personalità e tratti della personalità**, inoltre, possono essere valutati in individui con o senza un disturbo di personalità, una caratteristica che fornisce informazioni clinicamente utili su tutti gli individui.

Disturbi parafilici

Un cambiamento generale rispetto al DSM-IV è l'aggiunta degli specificatori di decorso "**in ambiente controllato**" e "**in remissione**" ai set di criteri diagnostici per tutti i disturbi parafilici. Questi specificatori vengono aggiunti per indicare importanti cambiamenti nello status dell'individuo. Nel DSM-5, le parafilie non sono *ipso facto* disturbi mentali. C'è una distinzione tra parafilia e disturbo parafilico. Un *disturbo parafilico* è una parafilia che sta attualmente causando disagio o compromissione all'individuo, o una parafilia la cui soddisfazione implica danno personale, o rischio di danno, per gli altri. Una parafilia è una condizione necessaria ma non sufficiente per avere un disturbo parafilico, e una parafilia di per sé non giustifica automaticamente, o richiede, intervento clinico. La **distinzione tra parafilie e disturbi parafilici** era stata introdotta senza operare alcun cambiamento alla struttura di base dei criteri diagnostici così come erano formulati già nel DSM-III-R. Il cambiamento proposto nel DSM-5 è che gli individui che soddisfano sia il Criterio A sia il Criterio B riceverebbero ora una diagnosi di disturbo parafilico. Una diagnosi non sarebbe posta a quegli individui i cui sintomi soddisfano il Criterio A ma non il Criterio B, cioè a quegli individui che hanno una parafilia ma non un disturbo parafilico.

Glossario dei termini tecnici

Abbuffata Mangiare troppo cibo troppo in fretta.

Abulia Incapacità di intraprendere e di condurre attività finalizzate. Quando è abbastanza grave da essere considerata patologica, l'Abulia risulta pervasiva e impedisce all'individuo di portare a compimento molti diversi tipi di attività (per es., lavoro, interessi culturali, cura di sé).

Addiction da non sostanze Detta anche *addiction comportamentale*, comprende una serie di disturbi del comportamento non correlati a sostanze di abuso, che condividono alcune caratteristiche con quelli dell'addiction indotta da sostanze.

Affettività negativa Frequenti e intense esperienze di alti livelli di una vasta gamma di emozioni negative (per es., ansia, depressione, senso di colpa/vergogna, paura, rabbia) e comportamenti (per es., autolesività) e manifestazioni interpersonali (per es., dipendenza) a esse conseguenti. La Negatività affettiva è un tratto di personalità del "Modello alternativo del DSM-5 dei disturbi di personalità" della Sezione III.

Affettività ridotta Scarsa reazione a situazioni emotivamente eccitanti; ridotta capacità di provare ed esprimere le emozioni; indifferenza e freddezza nelle situazioni comunemente coinvolgenti. L'Affettività ridotta è una sfaccettatura del tratto di personalità DISTACCO.

Affetto Modalità di comportamento, rilevabile all'osservazione, che è espressione di una condizione di sentimento soggettivamente sperimentata (emozione). Esempi di Affetto sono la tristezza, l'esaltazione e la rabbia. A differenza di UMORE, che si riferisce a un "clima" emotivo pervasivo e durevole, Affetto si riferisce a una variabilità più fluttuante del "clima" emotivo. Quella che viene considerata la gamma normale delle espressioni dell'affetto varia notevolmente, sia all'interno delle diverse culture, sia da una cultura all'altra. Le alterazioni dell'affettività comprendono:

- **Appiattimento** Assenza totale o pressoché totale di segni di espressione affettiva.
- **Inadeguatezza** Discordanza tra espressione affettiva e contenuto dei discorsi o dell'ideazione.

Il MAIUSCOLETTO indica i termini che compaiono come lemmi in questo glossario. Le definizioni sono state redatte dai Work Group del DSM-5 sulla base di fonti Internet pubblicamente disponibili e di glossari sui disturbi mentali già pubblicati (World Health Organization and American Psychiatric Association).

Labilità Anomala variabilità degli affetti, con cambiamenti ripetuti, rapidi e improvvisi nella espressione affettiva.

Restringimento o coartazione Lieve riduzione nella gamma e nell'intensità dell'espressione emotiva.

Spegnimento Significativa riduzione nell'intensità dell'espressione emotiva.

Agitazione psicomotoria Eccessiva attività motoria associata a un sentimento di tensione interiore. L'attività è solitamente non produttiva e ripetitiva, e consiste in comportamenti come andare avanti e indietro, essere irrequieti, torcersi le mani, manipolare i vestiti, e non riuscire a stare seduti fermi.

Agnosia Incapacità di riconoscere oggetti, persone, suoni, forme o odori che si presenta in assenza di compromissione sensoriale specifica o di una perdita di memoria significativa.

Allucinazione Esperienza simil-percettiva che ha la chiarezza e l'impatto di una percezione reale ma senza la stimolazione esterna dell'organo sensoriale pertinente. Le allucinazioni vanno distinte dalle ILLUSIONI, in cui uno stimolo esterno viene percepito o interpretato in modo erroneo. L'individuo può rendersi conto o meno della natura non veritiera dell'Allucinazione. Un individuo con un'Allucinazione può riconoscere come falsa l'esperienza sensoriale, mentre un'altra può essere convinta che sia reale. Il termine *Allucinazione* non viene ordinariamente applicato alle false percezioni che si manifestano durante l'attività onirica, nel corso dell'addormentamento (ipnagogiche) o al momento del risveglio (ipnopompiche). Esperienze allucinatorie transitorie possono manifestarsi in individui non affetti da disturbi mentali.

Congruente all'umore *Si veda* MANIFESTAZIONI PSICOTICHE CONGRUENTI ALL'UMORE.

Gustativa Allucinazione relativa alla percezione del gusto (di solito spiacevole).

Non congruente all'umore *Si veda* MANIFESTAZIONI PSICOTICHE NON CONGRUENTI ALL'UMORE.

Olfattiva Allucinazione relativa alla percezione degli odori (per es. gomma bruciata o pesce marcio).

Somatica Allucinazione che comporta un'esperienza fisica di percezione localizzata all'interno del corpo (per es., una sensazione di elettricità). Un'Allucinazione somatica va distinta dalle sensazioni che possono derivare da una condizione medica generale non ancora diagnosticata, da preoccupazioni ipocondriache causate da sensazioni fisiche normali o da un'ALLUCINAZIONE TATTILE.

Tattile Allucinazione che comporta la sensazione di essere toccato o di avere qualcosa sotto la pelle. Le più comuni allucinazioni tattili sono la sensazione di scossa elettrica e il formicolio (cioè la sensazione di qualcosa che si arrampica o che striscia sopra o sotto la pelle).

Uditiva Allucinazione relativa alla percezione del suono (più comunemente, voci).

Visiva Allucinazione relativa alla vista, che può consistere di immagini strutturate (per es., di persone) o di immagini non strutturate (per es., lampi di luce). Le allucinazioni visive devono essere distinte dalle ILLUSIONI, che sono percezioni erronee di stimoli reali esterni.

Alogia Impoverimento del pensiero che si può riscontrare osservando i comportamenti inerenti il linguaggio e l'eloquio. Possono esserci risposte brevi e concrete alle domande, e riduzione della quantità di eloquio spontaneo (definito *eloquio impoverito*). Talora l'eloquio risulta adeguato per quantità, ma fornisce poche informazioni in quanto troppo concreto, troppo astratto, ripetitivo o stereotipato (definito *povertà di contenuto*).

Amnesia Incapacità di ricordare importanti informazioni autobiografiche, secondo modalità non coerenti con la comune dimenticanza.

Andamento stagionale Pattern di manifestazione di uno specifico disturbo mentale in specifici periodi dell'anno.

Anedonia Incapacità di trarre godimento dalle/impegnarsi nelle/trovare l'energia per le esperienze della vita; deficit nella capacità di provare piacere o interesse per le cose. L'Anedonia è una sfaccettatura del tratto di personalità DISTACCO.

Angoscia di separazione Timore di rimanere soli a causa del rifiuto da parte di – e/o della separazione da – figure significative, che nasce da una mancanza di fiducia nelle proprie capacità di prendersi cura di se stessi, sia fisicamente sia emotivamente. L'angoscia di separazione è una sfaccettatura del tratto di personalità AFFETTIVITÀ NEGATIVA.

Anosognosia Condizione in cui un individuo con una malattia sembra inconsapevole dell'esistenza della malattia stessa.

Ansia Sensazioni di nervosismo, tensione o panico in risposta a differenti situazioni; frequente preoccupazione per gli effetti negativi delle passate esperienze spiacevoli e le eventualità negative future; sensazioni di timore e apprensione in situazioni di incertezza, prospettando il peggio. L'Ansia è una sfaccettatura del tratto di personalità AFFETTIVITÀ NEGATIVA.

Antagonismo Comportamenti che mettono l'individuo in contrasto con le altre persone, tra cui un esagerato senso della propria importanza e una concomitante aspettativa di essere trattati in modo speciale, così come un'insensibile mancanza di empatia verso gli altri, che comprende sia l'inconsapevolezza degli altrui bisogni sia la tendenza a usare gli altri in funzione del proprio vantaggio. L'Antagonismo è un tratto di personalità del "Modello alternativo del DSM-5 dei disturbi di personalità" della Sezione III.

Arousal Stato fisiologico e psicologico in cui si è svegli o reattivi agli stimoli.

Asocialità Ridotta iniziativa nei confronti dell'interazione con altre persone.

Assegnazione di genere Assegnazione iniziale del genere maschile o femminile, che di solito avviene alla nascita e a cui ci si riferisce quindi come al "genere assegnato alla nascita".

Attacchi di panico Periodi circoscritti a insorgenza improvvisa di intensa paura o terrore, spesso associati a sentimenti di morte imminente. Durante questi attacchi sono presenti sintomi come respiro corto o sensazione di soffocamento; palpitazioni, batticuore o tachicardia; dispnea; e paura di impazzire o di perdere il controllo. Gli Attacchi di panico possono essere inaspettati, quando l'insorgenza dell'attacco non risulta associata a un fattore scatenante evidente ma si manifesta piuttosto a ciel sereno, o attesi, quando l'insorgenza dell'attacco è associata a un fattore scatenante evidente, sia interno sia esterno.

Attenzione Capacità di concentrarsi in modo prolungato su una particolare attività o stimolo. Un'alterazione dell'Attenzione si può manifestare con facile DISTRAIBILITÀ o difficoltà a svolgere i propri compiti o a concentrarsi sul lavoro.

Autodirezionalità Perseguimento di obiettivi esistenziali coerenti e significativi sia nel breve sia nel lungo periodo; utilizzo di standard interni di comportamento costruttivi e prosociali; fruttuose capacità autoriflessive.

Autoginefilia Eccitazione sessuale di un individuo nato maschio associata all'idea o la fantasia di essere una donna.

Caratteristiche psicotiche Caratteristiche descritte da deliri, allucinazioni e disturbo del pensiero formale.

Catalessia Induzione passiva di una postura mantenuta contro la gravità. Paragonabile alla FLESSIBILITÀ CEREA.

Cataplessia Episodi di perdita bilaterale improvvisa del tono muscolare, che causa la caduta a terra dell'individuo, spesso in associazione a emozioni intense come allegria, rabbia, paura o sorpresa.

Cicli rapidi Il termine si riferisce al disturbo bipolare caratterizzato dalla presenza di almeno quattro episodi di alterazione dell'umore nei precedenti 12 mesi che soddisfano i criteri per un episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo maggiore. Gli episodi sono demarcati sia da remissioni parziali o complete di almeno 2 mesi sia dal passaggio a un episodio di polarità opposta (per es., da episodio depressivo maggiore a episodio maniacale). Lo specificatore con cicli rapidi si applica al disturbo bipolare I e al disturbo bipolare II.

Coma Stato di completa perdita di coscienza.

Compulsione Comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare) o atti mentali (per es., pregare, contare, ripetere le parole mentalmente) che l'individuo si sente obbligato a mettere in atto in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente. I comportamenti o gli atti mentali hanno l'obiettivo di prevenire o ridurre l'angoscia o il disagio, o di prevenire alcune situazioni o eventi temuti; tuttavia, questi comportamenti o atti mentali non sono connessi in modo realistico con ciò che hanno lo scopo di neutralizzare o prevenire o sono chiaramente eccessivi.

Condizione intersessuale Condizione in cui gli individui hanno indicatori biologici del sesso ambigui o contrastanti.

Conversione, sintomo di Perdita o alterazione del funzionamento motorio o sensoriale volontario, con o senza evidente compromissione della coscienza. Il sintomo non è completamente spiegato da una condizione neurologica o da un'altra condizione medica o dagli effetti diretti di una sostanza e non è prodotto o simulato intenzionalmente.

Convinzioni ed esperienze inusuali Convinzione di possedere capacità inusuali, come lettura del pensiero, telecinesi, fusione pensiero-azione; inusuali esperienze della realtà, tra cui quelle di tipo allucinatorio. In genere, le convinzioni inusuali non hanno lo stesso livello di convincimento dei deliri. Convinzioni ed esperienze inusuali sono una sfaccettatura del tratto di personalità PSICOTICISMO.

Craving per cibi specifici Irresistibile desiderio per particolari tipi di cibo.

Delirio Falsa convinzione, basata su erronee deduzioni riguardanti la realtà esterna, che viene fermamente mantenuta contrariamente a quanto tutti gli altri credono e a quanto costituisce prova ovvia e incontrovertibile della verità del contrario. La convinzione non è comunemente accettata dagli altri membri della cultura o subcultura di appartenenza dell'individuo (per es., non è un articolo di fede religiosa). Quando una falsa convinzione riguarda un giudizio di valore, viene considerata Delirio solo allorché tale giudizio risulti così estremo da sfidare la credibilità. Talvolta le convinzioni deliranti possono derivare dalla sopravvalutazione di un'idea (in quel caso l'individuo ha una credenza o un'idea irragionevole ma non la mantiene così fermamente come nel caso del Delirio). I deliri vengono suddivisi a seconda del loro contenuto. I tipi più comuni vengono elencati qui di seguito:

Bizzarro Delirio centrato su fenomeni che la cultura di appartenenza dell'individuo considera fisicamente impossibili.

Congruente all'umore *Si veda* MANIFESTAZIONI PSICOTICHE CONGRUENTI ALL'UMORE.

Di controllo Delirio in cui sembra che i propri sentimenti, impulsi, pensieri o azioni siano sotto il controllo di qualche forza esterna piuttosto che assoggettati alla propria volontà.

Di gelosia Delirio in cui si è convinti che il proprio partner sessuale sia infedele.

Di grandezza Delirio di aumento del proprio valore, potere, sapere, identità, o di speciale relazione con qualche divinità o persona famosa.

Di inserzione del pensiero Delirio che alcuni dei propri pensieri non siano i propri, ma piuttosto vengano inseriti nella propria mente.

Di persecuzione Delirio il cui tema centrale è che un individuo (o qualcuno a lui vicino) stia venendo aggredito, molestato, ingannato, perseguitato o fatto oggetto di cospirazioni.

Di riferimento Delirio in cui gli eventi, gli oggetti o le persone del proprio immediato entourage abbiano un significato particolare e inusuale. Questi deliri hanno di solito una valenza negativa o peggiorativa, ma possono presentare anche contenuti grandiosi. Un Delirio di riferimento differisce dalle "idee di riferimento", in cui la falsa convinzione non viene sostenuta altrettanto fermamente, né risulta altrettanto strutturata in un solido sistema di credenze.

Di trasmissione del pensiero Delirio che i propri pensieri vengano trasmessi all'esterno ad alta voce, cosicché possono essere percepiti dagli altri.

Erotomanico Delirio che un'altra persona, di solito di rango elevato, sia innamorata dell'individuo.

Misto Deliri di più di un tipo (per es., EROTOMANICO, DI GRANDEZZA, DI PERSECUZIONE, SOMATICO) in cui nessuno di questi ha il predominio.

Non congruente all'umore *Si veda* MANIFESTAZIONI PSICOTICHE NON CONGRUENTI ALL'UMORE.

Somatico Delirio il cui contenuto principale riguarda l'aspetto o il funzionamento del proprio corpo.

Depersonalizzazione L'esperienza di sentirsi distaccato dai, e come se si fosse un osservatore esterno dei, propri processi mentali o dal proprio corpo (per es., sensazione di essere in un sogno; sensazione di irrealtà di se stessi o del proprio corpo; ottundimento emotivo e/o fisico; distorsioni temporali; senso di irrealtà).

Depressività Sentimenti di scoraggiamento, infelicità e/o mancanza di speranza; difficoltà nel riprendersi da tali stati d'animo; pessimismo circa il futuro; vergogna e/o senso di colpa pervasivi; sentimenti di scarsa autostima, pensieri di suicidio e comportamento suicidario. La Depressività è una sfaccettatura del tratto di personalità DISTACCO.

Derealizzazione L'esperienza di sentirsi distaccati dall', e come se si fosse un osservatore esterno dell', ambiente circostante (per es., gli individui o gli oggetti sono irreali, onirici, nebulosi, senza vita o distorti).

Difesa, meccanismo di I meccanismi che mediano le reazioni dell'individuo ai conflitti emozionali e ai fattori stressanti esterni. Alcuni meccanismi di difesa (per es., proiezione, scissione, messa in atto) sono quasi invariabilmente maladattivi. Altri (per es., soppressione, negazione) possono essere sia maladattivi sia adattivi, a seconda della loro gravità e rigidità e del contesto in cui si manifestano.

Disagio psicologico Una gamma di sintomi e di esperienze relativi alla vita interiore di un individuo che sono ritenute preoccupanti, confusive o fuori dall'ordinario.

Disartria Disturbo della produzione del discorso dovuto a compromissione strutturale o che colpisce l'apparato articolatorio. Tali disturbi includono palatoschisi, disturbi muscolari, malattie dei nervi cranici, paralisi cerebrale che colpisce le strutture bulbari (cioè malattia dei motoneuroni superiori e inferiori).

Discinesia Alterazione dei movimenti volontari con comparsa di attività muscolare involontaria.

Disforia (umore disforico) Condizione in cui una persona prova intensi sentimenti di depressione, scontentezza e, in alcuni casi, indifferenza per il mondo che la circonda.

Disforia di genere Sofferenza che accompagna l'incongruenza tra il genere esperito o espresso da un individuo e il genere assegnatogli alla nascita.

Disinibizione Orientamento verso la gratificazione immediata, che porta a comportamenti impulsivi guidati da pensieri, sentimenti e stimoli esterni attuali, senza riguardo per l'esperienza passata o considerazione delle conseguenze future. Il PERFEZIONISMO RIGIDO, il polo opposto di questo dominio, riflette eccessivo contenimento degli impulsi, evitamento dei rischi, iper-responsabilità, iperperfezionismo e comportamento rigido, dettato da regole. La Disinibizione è uno dei 5 domini di tratto di personalità patologici definiti del "Modello alternativo del DSM-5 dei disturbi di personalità" della Sezione III.

Disorientamento Confusione circa l'ora del giorno, la data o la stagione (tempo), il luogo in cui ci si trova (spazio), o chi si è (persona).

Disregolazione cognitiva e percettiva Processi di pensiero ed esperienze strani o inusuali, tra cui DEPERSONALIZZAZIONE, DEREALIZZAZIONE e DISSOCIAZIONE; esperienze di stati misti sonno-veglia; esperienze di controllo del pensiero. La Disregolazione cognitiva e percettiva è una sfaccettatura del tratto di personalità PSICOTICISMO.

Dissociazione Separazione di gruppi di contenuti mentali dalla consapevolezza. La Dissociazione è un meccanismo fondamentale nei disturbi dissociativi. Il termine è utilizzato anche per descrivere la separazione di un'idea dal suo significato emotivo e dall'affetto collegato, come accade nell'affettività inappropriata della schizofrenia. Spesso conseguenza di un trauma psichico, la Dissociazione consente all'individuo di mantenere l'adesione a due verità contraddittorie rimanendo inconsapevole della contraddizione. Una manifestazione estrema della Dissociazione è il disturbo dissociativo dell'identità, nel quale una persona può presentare diverse personalità indipendenti, ciascuna inconsapevole delle altre.

Dissonnia Disturbi primari del sonno o dello stato di veglia, caratterizzati da INSONNIA o IPERSONNIA come sintomi principali del quadro clinico. Le dissonnie sono alterazioni della quantità, della qualità e dei tempi del sonno. *Confronta con* PARASONNIE.

Distacco Evitamento dell'esperienza socioemotiva, comprendente sia il ritiro dalle interazioni interpersonali (che vanno da quelle casuali quotidiane ai rapporti di amicizia [cioè RITIRO SOCIALE], alle relazioni affettive [cioè EVITAMENTO DELL'INTIMITÀ]) sia ridotta capacità di provare ed esprimere gli affetti (cioè AFFETTIVITÀ RIDOTTA), in particolare limitata capacità di provare piacere. Il Distacco è uno dei tratti di personalità definiti nel "Modello alternativo del DSM-5 dei disturbi di personalità" nella Sezione III.

Distimia Presenza, in caso di depressione, di due (o più) dei seguenti sintomi: 1) scarso appetito o iperfagia; 2) insonnia o ipersonnia; 3) scarsa energia o astenia; 4) bassa autostima; 5) difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni; 6) sentimenti di disperazione.

Distonia Disturbo del tono dei muscoli.

Distraibilità Difficoltà a concentrarsi e a focalizzarsi sui compiti; l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni; difficoltà a mantenere un comportamento finalizzato a un obiettivo, compresi sia la pianificazione sia il completamento dei compiti. La Distraibilità è una sfaccettatura del tratto di personalità DISINIBIZIONE.

Disturbo da condotta di eliminazione Disturbo dell'alimentazione caratterizzato da ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es., vomito autoindotto; uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di abbuffate.

Disturbo da incubi Ripetuti episodi di sogni prolungati, estremamente disforici e vividi, che solitamente implicano sforzi per evitare minacce alla sopravvivenza, alla sicurezza o all'integrità fisica e che si verificano generalmente durante la seconda metà del principale episodio di sonno. Al risveglio dai sogni disforici, l'individuo diventa rapidamente orientato e vigile.

Disturbo dello sviluppo sessuale Condizione caratterizzata da significative deviazioni somatiche congenite dalla norma del tratto riproduttivo e/o discrepanze tra gli indicatori biologici di maschio o femmina.

Disturbo di personalità tratto-specifico Nel "Modello alternativo del DSM-5 dei disturbi di personalità" della Sezione III viene presentata la proposta di una categoria diagnostica da usare quando si ritiene che sia presente un disturbo di personalità, ma non siano soddisfatti i criteri per un disturbo specifico. Il Disturbo di personalità tratto-specifico (DP-TS) è definito da compromissione del funzionamento della personalità, misurato sulla Scala del livello di funzionamento della personalità e in uno o più dei DOMINI DEL TRATTO DI PERSONALITÀ o delle SFACCETTATURE DEL TRATTO DI PERSONALITÀ patologici. Il DP-TS è proposto nella Sezione III per ulteriori studi come un possibile sostituto del disturbo di personalità con altra specificazione e disturbo di personalità senza specificazione.

Domini del tratto di personalità Nella tassonomia dimensionale del "Modello alternativo del DSM-5 dei disturbi di personalità" della Sezione III, i tratti di personalità sono organizzati in cinque ampi domini: AFFETTIVITÀ NEGATIVA, DISTACCO, ANTAGONISMO, DISINIBIZIONE e PSICOTICISMO. All'interno di questi cinque ampi domini, ci sono 25 specifiche sfaccettature dei tratti di personalità (per es., IMPULSIVITÀ, PERFEZIONISMO RIGIDO).

Eccentricità Comportamento, aspetto e/o eloquio strani, inusuali o bizzarri; pensieri strani e imprevedibili; affermazioni insolite o inappropriate. L'Eccentricità è una sfaccettatura del tratto di personalità PSICOTICISMO.

Ecolalia Ripetizione patologica, a pappagallo, e apparentemente insensata (eco) di una parola o frase appena pronunciata da un'altra persona.

Ecoprassia Imitazione dei movimenti altrui.

Eloquio ripetitivo Ripetizioni dell'eloquio morfologicamente eterogenee.

Empatia Comprensione e valorizzazione delle altrui esperienze e motivazioni; tolleranza di punti di vista differenti; comprensione degli effetti del proprio comportamento sugli altri.

Episodio (episodico) Un lasso di tempo specificato durante il quale il paziente ha sviluppato o manifestato sintomi che soddisfano i criteri diagnostici per un dato disturbo mentale. A seconda del tipo di disturbo mentale, un episodio può indicare un certo numero di sintomi o una gravità specificata o una frequenza di sintomi. Gli episodi possono ulteriormente essere differenziati come episodio singolo (primo) o come una successione di episodi multipli, se appropriato.

Esperienza di genere Il modo personale e unico in cui gli individui vivono il proprio genere nel contesto dei ruoli di genere tipici delle loro società.

Espressione di genere Il modo specifico in cui gli individui agiscono i ruoli di genere tipici delle loro società.

Euforia Condizione mentale ed emotiva in cui un individuo fa esperienza di intensi sentimenti di benessere, esaltazione, felicità, eccitazione e gioia.

Evento stressante Qualsiasi fattore emotivo, fisico, sociale, economico o di altro tipo che rompe il normale equilibrio fisiologico, cognitivo, emotivo o comportamentale di un individuo.

Evento stressante psicologico Ogni evento della vita o cambiamento che può risultare associato dal punto di vista temporale (e talora causale) con l'esordio, la manifestazione o esacerbazione di un disturbo mentale.

Evento stressante traumatico Qualsiasi evento/i che può/possono causare o costituire una minaccia di morte, di ferite gravi o violenza sessuale a un individuo, a un membro della famiglia o a un amico intimo.

Evitamento Atto di stare lontani da circostanze correlate allo stress; tendenza a evitare stimoli, attività e situazioni che ricordano all'individuo l'esperienza di un evento stressante.

Evitamento dell'intimità Evitamento di relazioni intime o affettive, di stretti legami interpersonali e di relazioni sessuali. L'Evitamento dell'intimità è una sfaccettatura del tratto di personalità DISTACCO.

Fase residuale Periodo che segue un episodio di schizofrenia in remissione parziale o completa, ma in cui alcuni sintomi rimangono presenti e altri, come svogliatezza, problemi di concentrazione e ritiro dalle attività sociali, possono essere predominanti.

Fatica Stato (chiamato anche *esaurimento*, *stanchezza*, *letargia*, *languidità*, *languore*, *indolenza*), di solito associato a indebolimento o impoverimento delle risorse fisiche e/o mentali di un individuo, che va da una condizione generale di letargia a una sensazione specifica di bruciore nei muscoli dovuta al lavoro. La fatica fisica conduce all'incapacità di continuare a funzionare a un normale livello di attività. Sebbene diffuso nella vita di tutti i giorni, questo stato diventa in genere particolarmente evidente durante l'esercizio pesante. La fatica mentale, per contro, si manifesta più spesso come SONNOLENZA.

Faticabilità Tendenza a stancarsi facilmente. *Si veda anche* FATICA.

Flashback Stato dissociativo durante il quale gli aspetti di un evento traumatico vengono rivissuti come se stessero avvenendo in quel momento.

Flessibilità cerea Leggera e costante resistenza a una modificazione posturale del soggetto indotta dall'esaminatore. *Confronta con* CATALESSIA.

Fobia Paura persistente concernente uno specifico oggetto, attività o situazione (per es., lo stimolo fobico), sproporzionata rispetto al pericolo reale posto dall'oggetto o dalla situazione specifici, che ha come conseguenza un forte desiderio di evitamento. Se non può essere evitato, lo stimolo fobico è sopportato con notevole disagio.

Fuga delle idee Flusso pressoché continuativo di eloquio accelerato, con bruschi passaggi da un argomento all'altro, solitamente basati su associazioni incomprensibili, stimoli distraenti o giochi di parole. Quando la condizione è grave, l'eloquio può risultare disorganizzato e incoerente.

Funzionamento di personalità Modelli cognitivi di sé e degli altri che danno forma a pattern di coinvolgimento emotivo e affiliativo.

Fusione pensiero-azione Tendenza a considerare pensieri e azioni come equivalenti.

Genere Il ruolo pubblico vissuto (e generalmente riconosciuto dal punto di vista legale) come bambino o bambina, uomo o donna. I fattori biologici sono considerati un contributo, in interazione con i fattori sociali e psicologici, allo sviluppo del genere.

Grandiosità Convinzione di essere superiori agli altri e meritare un trattamento speciale; egocentrismo; sentimenti di "tutto è dovuto"; "degnazione" verso gli altri. La Grandiosità è una sfaccettatura del tratto di personalità ANTAGONISMO.

Grimace Strane e inappropriate espressioni facciali non correlate alla situazione (come si osserva negli individui con CATATONIA).

Idea prevalente Convinzione irragionevole e duratura, che viene sostenuta con insistenza un po' minore rispetto al delirio (cioè la persona è in grado di riconoscere la possibilità che la convinzione possa essere erronea), non accettata comunemente dagli altri membri della cultura o sottocultura di appartenenza dell'individuo.

Ideazione paranoide Ideazione, di intensità inferiore al delirio, che comporta sospettosità o la convinzione di essere molestato, perseguitato o trattato ingiustamente.

Idee di riferimento Sensazione che coincidenze ed eventi esterni casuali abbiano un significato particolare e insolito specifico per la persona che la prova. Un'idea di riferimento deve essere distinta da un DELIRIO DI RIFERIMENTO, in cui la credenza è mantenuta con convinzione delirante.

Idee suicidarie (ideazione suicidaria) Pensieri che riguardano l'autolesività, con deliberata considerazione o pianificazione di possibili tecniche per causare la propria morte.

Identità Esperienza di se stessi come individui unici, con chiari confini tra sé e gli altri; stabilità dell'autostima e accuratezza nell'autovalutazione; capacità di provare, e regolare, una gamma di esperienze emotive.

Identità di genere Una categoria di identità sociale che si riferisce all'identificazione di un individuo come maschio, femmina o, talvolta, come appartenente a categorie diverse da maschio e femmina.

Illusione Percezione o interpretazione erronea di uno stimolo reale esterno (per es., il fatto di percepire il fruscio delle foglie come se fosse il suono di una voce). *Si veda anche* ALLUCINAZIONE.

Impulsività Agire immediatamente in risposta a stimoli contingenti; agire su base momentanea, senza un piano o un esame delle conseguenze; difficoltà a formulare e seguire piani; senso di urgenza e comportamento autolesivo sotto stress emotivo. L'Impulsività è una sfaccettatura del tratto di personalità DISINIBIZIONE.

Incoerenza Eloquio o pensiero che risulta sostanzialmente incomprensibile agli altri in quanto le parole o le frasi sono messe insieme senza che abbiano un nesso logico o di significato. L'alterazione si verifica all'interno delle proposizioni, a differenza del deragliamento, in cui l'alterazione è tra una proposizione e l'altra. Questo fenomeno è stato talora denominato "insalata di parole", per dare l'idea del grado di disorganizzazione del linguaggio. Le costruzioni lievemente sgrammaticate, oppure le abitudini linguistiche caratteristiche di certi contesti regionali o culturali, di un'educazione deficitaria o di bassa intelligenza, non dovrebbero essere considerate manifestazioni di Incoerenza. Il termine non viene generalmente applicato quando risulta chiaro che l'alterazione dell'eloquio è dovuta ad afasia.

Inganno Disonestà e fraudolenza; fuorviante presentazione di sé; esagerazione o invenzione di eventi nel racconto. L'Inganno è una sfaccettatura del tratto di personalità ANTAGONISMO.

Insensibilità Mancanza di preoccupazione per i sentimenti o i problemi altrui; mancanza di senso di colpa o di rimorso per gli effetti negativi o dannosi delle proprie azioni sugli altri. L'Insensibilità è una sfaccettatura del tratto di personalità ANTAGONISMO.

Insonnia Senso soggettivo di difficoltà ad addormentarsi, a mantenere il sonno, o di cattiva qualità del sonno.

Intimità Profondità e durata della connessione con gli altri; desiderio e capacità di vicinanza; reciprocità di interesse riflessa nel comportamento interpersonale.

Iperacusia Percezione uditiva aumentata.

Iperoralità Condizione in cui un individuo mette in bocca oggetti inappropriati.

Ipersessualità Un desiderio più forte del solito relativo all'attività sessuale.

Ipersonnia Sonnolenza eccessiva, come documentato da prolungamento del sonno notturno, da difficoltà a mantenere lo stato di veglia durante il giorno e da presenza di episodi di sonno diurno non desiderato. *Si veda anche* SONNOLENZA.

Ipervigilanza Stato aumentato di sensibilità sensoriale accompagnata da un'intensità esagerata di comportamenti il cui scopo è rilevare le minacce. L'ipervigilanza è accompagnata da uno stato di ansia che causa esaurimento. Altri sintomi includono arousal aumentato in maniera anormale, alta responsività agli stimoli e continua ricerca di minacce nell'ambiente. Nell'Ipervigilanza c'è una continua esplorazione dell'ambiente alla ricerca di indizi, suoni, persone, comportamenti, odori o qualsiasi altra cosa che ricordi la minaccia o il trauma. L'individuo è sempre in massima allerta per essere certo che il pericolo non sia vicino. L'Ipervigilanza può condurre a diversi pattern comportamentali ossessivi, che possono condurre a difficoltà nelle relazioni e nelle interazioni sociali.

Ipomania Umore anormale simile alla mania, ma di minore intensità. *Si veda anche* MANIA.

Ipopnea Episodi di respirazione troppo superficiale o di frequenza respiratoria troppo bassa.

Irresponsabilità Disinteresse per – e mancanza nell'onorare – obblighi o impegni finanziari e di altro genere; inadempienza nel rispettare – e nel realizzare – accordi e promesse; incuria verso la proprietà altrui. L'Irresponsabilità è una sfaccettatura del tratto di personalità DISINIBIZIONE.

Labilità emotiva Instabilità delle esperienze emotive e dell'umore; le emozioni, che insorgono facilmente, sono intense e/o sproporzionate rispetto a eventi e circostanze. La labilità emotiva è una sfaccettatura del tratto di personalità AFFETTIVITÀ NEGATIVA.

Letargia Stato di diminuita attività mentale, caratterizzato da torpore, sonnolenza, inattività e vigilanza ridotta.

Lutto Stato di chi ha perso, a causa della morte, qualcuno con cui aveva una relazione stretta. Questo stato include un'ampia gamma di risposte al dolore e alla perdita.

Macropsia Percezione visiva che gli oggetti siano più grandi di quanto sono effettivamente. *Confronta con* MICROPSIA.

Mania Uno stato mentale di umore elevato, espanso o irritabile e un livello persistentemente aumentato di attività o energia. *Si veda anche* IPOMANIA.

Manierismo Peculiare e caratteristico stile individuale di movimento, azione, pensiero ed eloquio.

Manifestazioni psicotiche congruenti all'umore Deliri o allucinazioni il cui contenuto è interamente coerente con i temi tipici dell'umore depresso o maniacale. Se l'umore è depresso, il contenuto dei deliri o allucinazioni comporterà temi di inadeguatezza personale, colpa, malattia, morte, nichilismo, o il fatto di meritare una punizione. Il contenuto del delirio può comprendere temi di persecuzione, se questi sono basati su concetti di autodenigrazione, come nel caso di una punizione meritata. Se l'umore è maniacale, il contenuto dei deliri o allucinazioni comporterà temi come aumento del proprio valore, potere, sapere, identità, oppure una speciale relazione con qualche divinità o persona famosa.

Manifestazioni psicotiche non congruenti all'umore Deliri o allucinazioni il cui contenuto non è coerente con i temi tipici dell'umore depresso o maniacale. Se l'umore è depresso, il contenuto dei deliri o allucinazioni non comporterà temi di inadeguatezza personale, colpa, malattia, morte, nichilismo, o il fatto di meritare una punizione. Se l'umore è maniacale, il contenuto dei deliri o allucinazioni non comporterà temi come aumento del proprio valore, potere, sapere, identità, oppure una speciale relazione con qualche divinità o persona famosa.

Manipolatorietà Uso del sotterfugio per influenzare o controllare gli altri; uso di seduzione, fascino, loquacità o piaggeria per raggiungere i propri fini. La Manipolatorietà è una sfaccettatura del tratto di personalità ANTAGONISMO.

Melancolia (melancolico) Stato mentale caratterizzato da depressione grave.

Micropsia Percezione visiva che gli oggetti siano più piccoli di quanto sono effettivamente. *Confronta con* MACROPSIA.

Misure psicometriche Strumenti standardizzati come scale, questionari e test che hanno lo scopo di valutare le conoscenze, le capacità, gli atteggiamenti o i tratti di personalità.

Mutismo Nessuna, o ridotta, risposta verbale (in assenza di afasia nota).

Narcolessia Disturbo del sonno caratterizzato da periodi di estrema sonnolenza e frequenti attacchi di sonno. Questi devono verificarsi almeno tre volte alla settimana negli ultimi tre mesi (in assenza di trattamento).

Negativismo Opposizione a suggerimenti o consigli; il comportamento opposto a quello appropriato in situazioni specifiche o contrario ai desideri degli altri, compresa la resistenza diretta all'essere mossi.

Ossessione Pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia o disagio marcati. L'individuo tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (cioè mettendo in atto una compulsione).

Ostilità Sentimenti di rabbia persistenti o frequenti; rabbia o irritabilità in risposta a offese e insulti di poco conto; comportamento meschino, malevolo o vendicativo. L'Ostilità è una sfaccettatura del tratto di personalità ANTAGONISMO.

Ottundimento affettivo *Si veda* AFFETTO.

Parasonnie Disturbi del sonno che coinvolgono comportamenti anormali o eventi fisiologici che si verificano durante il sonno o le transizioni sonno-veglia. *Confronta con* DISSONNIA.

Paura Risposta emotiva a una minaccia o a un pericolo percepiti come imminenti, associata all'impulso a fuggire o a combattere.

Pensiero magico Erroneo convincimento che i propri pensieri, parole o azioni possano causare o prevenire qualche evento con modalità contraria alle leggi di causa ed effetto comunemente accettate. Il pensiero magico può far parte dello sviluppo normale del bambino.

Perfezionismo rigido Rigida ostinazione sul fatto che qualsiasi cosa debba essere impeccabile, perfetta e senza errori o difetti, incluse le prestazioni proprie e altrui; rinuncia alla tempestività per garantire la correttezza in ogni dettaglio; convinzione dell'esistenza di un'unica modalità corretta di fare le cose; difficoltà a cambiare idea e/o punto di vista; fissazione per i dettagli, l'organizzazione e l'ordine. La mancanza di Perfezionismo rigido è una sfaccettatura del tratto di personalità DISINIBIZIONE.

Periodi REM all'inizio del sonno Presenza di una fase REM nei primi minuti successivi all'addormentamento, di solito valutata da un TEST DI LATENZA MULTIPLA DEL SONNO.

Perseverazione Persistenza in un'attività o in un particolare modo di fare le cose molto più a lungo di quanto risulti funzionale o efficace; continuare nello stesso comportamento nonostante ripetuti fallimenti o palesi motivi per interromperlo. La Perseverazione è una sfaccettatura del tratto di personalità AFFETTIVITÀ NEGATIVA.

Personalità Modalità durature di percepire, rapportarsi o pensare a se stesso e all'ambiente. I TRATTI DI PERSONALITÀ sono aspetti rilevanti della personalità che vengono manifestati in maniera relativamente coerente in momenti diversi e in situazioni diverse. A seconda della gravità, le compromissioni del funzionamento della personalità e dell'espressione dei tratti possono riflettere la presenza di disturbi della personalità.

Pica Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, per un periodo di almeno 1 mese. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo (per la diagnosi, è suggerito un minimo di 2 anni di età). Tale comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.

Polisonnografia La Polisonnografia (PSG), nota anche come *studio del sonno*, è un test multiparametrico utilizzato nello studio del sonno e come strumento diagnostico nella medicina del sonno. Il risultato del test è chiamato *polisonnogramma*, anch'esso abbreviato in PSG. Il PSG registra molte funzioni corporee, tra cui le funzioni cerebrali (elettroencefalografia), i movimenti oculari (elettro-oculografia), l'attività muscolare o l'attivazione dei muscoli scheletrici (elettromiografia) e il ritmo cardiaco (elettrocardiografia).

Postura fissa Mantenimento spontaneo e attivo di una postura contro la gravità (come avviene nella CATATONIA). Le posture anormali, che possono essere anche un segno di lesioni al cervello o al midollo spinale, comprendono:

Opistotono La schiena è rigida e arcuata, e la testa è piegata indietro. Un individuo colpito può passare tra differenti posture a seconda del cambiamento della condizione.

Postura (rigidità) decerebrata Le braccia e le gambe sono allungate e rigide, le dita dei piedi sono rivolte verso il basso e la testa è arcuata all'indietro.

Postura (rigidità) decorticata Il corpo è rigido, le braccia sono rigide e piegate, i pugni sono chiusi e le gambe sono allungate.

Pragmatica del linguaggio La comprensione e l'uso del linguaggio in un determinato contesto. Per esempio, l'avvertimento "Guarda che mani", quando detto a un bambino che ha le mani sporche, ha lo scopo non solo di far sì che il bambino guardi le sue mani ma anche di comunicargli il messaggio "Non bisogna essere sporchi".

Preoccupazione Pensieri spiacevoli o inquietanti che non possono essere controllati coscientemente cercando di spostare l'attenzione su altri argomenti. Questo stato è spesso persistente, ripetitivo e sproporzionato rispetto all'oggetto della Preoccupazione (può trattarsi anche di una banalità).

Pressione del discorso Eloquio aumentato per quantità, accelerato e difficile o impossibile da interrompere. Usualmente risulta anche di alto volume ed enfatico. Frequentemente l'individuo parla senza essere stato minimamente stimolato e può continuare a parlare anche se nessuno lo sta ad ascoltare.

Prodromo Segno o sintomo precoce o premonitore del disturbo.

Pseudociesi Falsa convinzione di essere incinta, associata a segni oggettivi e riferiti di gravidanza.

Psicoticismo Manifestazione di una vasta gamma di comportamenti e pensieri culturalmente incongruenti, bizzarri, eccentrici o insoliti, sia nei processi (per es., percezione, dissociazione) che nei contenuti (per es., convinzioni personali). Lo Psicoticismo è uno dei cinque domini di tratto di personalità definiti nel "Modello alternativo del DSM-5 dei disturbi di personalità" nella Sezione III.

Rallentamento psicomotorio Rallentamento generalizzato visibile dei movimenti e dell'eloquio.

Rapid eye movement (REM) Segno comportamentale della fase del sonno durante la quale è probabile che l'individuo sperimenti attività mentale onirica.

Reazione d'allarme Involontaria (riflessa) reazione a uno stimolo improvviso e inaspettato, come un forte rumore o un movimento brusco.

Riassegnazione del genere Un cambiamento di genere che può essere sia medico (ormoni, chirurgia) sia legale. In caso di intervento medico, di solito si chiama *riassegnazione sessuale*.

Ricerca di attenzione Impegnarsi in comportamenti mirati a farsi notare e mettersi al centro dell'attenzione e dell'ammirazione altrui. La Ricerca di attenzione è una sfaccettatura del tratto di personalità ANTAGONISMO.

Ritiro sociale Preferenza per il restare da soli piuttosto che con gli altri; reticenza nelle situazioni sociali; EVITAMENTO di contatti e di attività sociali; mancanza di iniziativa nel contatto sociale. Il Ritiro sociale è una sfaccettatura del tratto di personalità DISTACCO.

Ritmi biologici *Si veda* RITMI CIRCADIANI.

Ritmi circadiani Variazioni cicliche nella funzione fisiologica e biochimica, nel livello di attività sonno-veglia, nello stato emotivo. I Ritmi circadiani hanno un ciclo di circa 24 ore, i ritmi ultradiani hanno un ciclo che è più breve di 1 giorno e i ritmi infradiani hanno un ciclo che può durare settimane o mesi.

Ruminazione (disturbo da ruminazione) Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato. Nel Disturbo da ruminazione non c'è evidenza che una condizione gastrointestinale associata o un'altra condizione medica (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro) siano sufficienti a spiegare i ripetuti rigurgiti.

Scoppi d'ira Uno scoppio emotivo, di solito associato ai bambini o agli individui in una condizione di disagio emotivo, e tipicamente caratterizzato da testardaggine, pianto, urla, provocazione, espressioni di rabbia, resistenza ai tentativi di tranquillizzazione e, in alcuni casi, percosse. L'individuo può perdere il controllo fisico, essere incapace di stare fermo e, anche se ottiene ciò che vuole, non riesce a calmarsi.

Segno Manifestazione obiettiva di una condizione patologica. I segni vengono osservati dall'esaminatore piuttosto che riferiti dall'individuo. *Confronta con* SINTOMO.

Sesso Indicatori biologici di maschio e femmina (considerati nel contesto della capacità riproduttiva), come i cromosomi sessuali, le gonadi, gli ormoni sessuali e gli organi genitali interni ed esterni non ambigui.

Sfaccettature del tratto di personalità Componenti specifiche della personalità che costituiscono cinque ampi domini di tratti di personalità nella tassonomia dimensionale del "Modello alternativo del DSM-5 dei disturbi di personalità" della Sezione III. Per esempio, l'ampio dominio ANTAGONISMO ha le seguenti sfaccettature: MANIPOLATORIETÀ, INGANNO, GRANDIOSITÀ, RICERCA DI ATTENZIONE, INSENSIBILITÀ e OSTILITÀ.

Sindrome Raggruppamento di segni e di sintomi, basato sulla loro frequente concomitanza, che può suggerire una sottostante patogenesi, un decorso, una familiarità e un'indicazione di trattamento comuni.

Sindrome da alimentazione notturna Ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio dal sonno oppure con un eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. Vi sono consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne, come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali.

Sindrome da discontinuità degli antidepressivi Un insieme di sintomi che si presenta dopo l'interruzione improvvisa, o una marcata riduzione della dose, di un farmaco antidepressivo che è stato assunto in maniera continuativa per almeno 1 mese.

Sindrome delle gambe senza riposo Bisogno di muovere le gambe, di solito accompagnato da, o in risposta a, sensazioni fastidiose e spiacevoli alle gambe (per la Sindrome delle gambe senza riposo nei bambini, la descrizione di questi sintomi dovrebbe utilizzare le parole del bambino). I sintomi iniziano o peggiorano durante periodi di riposo o di inattività. I sintomi sono parzialmente o totalmente alleviati dal movimento. I sintomi peggiorano di sera o durante la notte, o si manifestano soltanto di sera o durante la notte.

Sinestesia Una condizione nella quale la stimolazione di una sola via sensoriale o cognitiva conduce a esperienze automatiche, involontarie, in una seconda via sensoriale o cognitiva.

Sintomi misti Lo specificatore "con caratteristiche miste" è applicato agli episodi dell'umore durante i quali sono presenti sintomi sotto soglia dei poli opposti. Mentre questi sintomi concomitanti "misti" sono relativamente simultanei, possono anche presentarsi strettamente giustapposti nel tempo, come un aumento e una diminuzione dei sintomi individuali del polo opposto (cioè sintomi depressivi durante episodi ipomaniacali o maniacali, e viceversa).

Sintomo Manifestazione soggettiva di una condizione patologica. I sintomi vengono riferiti dall'individuo piuttosto che osservati dall'esaminatore. *Confronta con* SEGNO.

Sonnambulismo Ripetuti episodi di allontanamento dal letto durante il sonno e di deambulazione nei dintorni. Durante il sonnambulismo, l'individuo ha un'espressione fissa, vuota, è relativamente non reattivo agli sforzi compiuti da altri per comunicare con lui e può essere risvegliato solo con grande difficoltà.

Sonnolenza Stato vicino al sonno, forte desiderio di dormire o dormire per periodi insolitamente lunghi. Ha due significati distinti, che si riferiscono sia al normale stato che precede l'addormentamento sia alla condizione cronica che implica l'essere in quello stato indipendentemente dal ritmo circadiano. *Confronta con* IPERSONNIA.

Sospettosità Attesa di – ed eccessiva sensibilità ai – segni di comportamenti subdoli o dannosi da parte di altre persone; dubbi sulla lealtà e la fedeltà degli altri; vissuti di persecuzione. La Sospettosità è una sfaccettatura del tratto di personalità DISTACCO.

Sottomissione Adattamento del proprio comportamento a interessi e desideri, reali o presunti, di altre persone, anche quando ciò è antitetico ai propri interessi, bisogni o desideri. La Sottomissione è una sfaccettatura del tratto di personalità AFFETTIVITÀ NEGATIVA.

Stereotipie, movimenti/comportamenti stereotipati Movimenti ripetitivi afinalistici, abnormemente frequenti, apparentemente finalizzati e movimento non funzionale (per es., ondulare/ruotare ripetutamente le mani, dondolare il corpo, picchiare la testa, mordersi).

Stress Il pattern di risposte specifiche e non specifiche che un individuo dà a eventi che rompono il suo equilibrio e mettono a dura prova o superano la sua capacità di affrontarli.

Stupor Mancanza di attività psicomotoria, che può variare dal non relazionarsi attivamente con l'ambiente alla completa immobilità.

Subsindromico Al di sotto di uno specifico livello o soglia richiesti per qualificare una specifica condizione. Le condizioni subsindromiche (*forme fruste*) sono condizioni mediche che non soddisfano pienamente i criteri per una diagnosi – per esempio, perché i sintomi sono meno o meno gravi di quelli definiti dalla sindrome – ma che tuttavia possono essere identificati e correlati alla sindrome "conclamata".

Suicidio L'atto di causare intenzionalmente la propria morte.

Tendenza a correre rischi Intraprendere attività pericolose, rischiose e potenzialmente dannose per sé, senza necessità e senza preoccuparsi delle conseguenze; inconsapevolezza dei propri limiti e negazione del reale pericolo per la persona; sconsiderato perseguimento di obiettivi, indipendentemente dal loro livello di rischio. La Tendenza a correre rischi è una sfaccettatura del tratto di personalità DISINIBIZIONE.

Tentativo di suicidio Un tentativo di porre fine alla propria vita, che può condurre alla morte.

Terrore nel sonno Ricorrenti episodi di risvegli dal sonno con terrore improvviso, che di solito iniziano con grida di panico. Vi è una paura intensa e segni di arousal del sistema nervoso autonomo, come midriasi, tachicardia, tachipnea e sudorazione durante ciascun episodio. È presente una relativa mancanza di risposta agli sforzi compiuti da altri per confortare l'individuo durante tali episodi.

Test di latenza multipla del sonno Valutazione polisonnografica del periodo di esordio del sonno, con molti brevi cicli di sonno-veglia valutati durante una singola sessione. Il test misura ripetutamente il tempo di esordio del sonno ("periodo di latenza") e il verificarsi di fasi di sonno REM.

Tic Comportamento motorio o espressione vocale involontari, improvvisi, rapidi, ricorrenti, aritmici.

Tolleranza Condizione che si verifica quando, in concomitanza con l'uso continuato di una sostanza, un individuo richiede dosaggi sempre maggiori per raggiungere lo stesso effetto.

Transessuale Individuo che desidera attuare, o ha attuato, una transizione sociale da maschio a femmina o da femmina a maschio, e che in molti casi, anche se non in tutti, comporta una transizione somatica per mezzo di un trattamento con ormoni del sesso opposto e chirurgia degli organi genitali (chirurgia della riassegnazione sessuale).

Transgender Ampio spettro di individui che si identificano in modo transitorio o persistente con un genere diverso da quello assegnato alla nascita.

Tratto di personalità Tendenza a sentire, percepire, comportarsi e pensare in modi relativamente costanti nel tempo e nelle situazioni in cui il tratto può manifestarsi.

Umore Emozione pervasiva e prolungata che colora la percezione del mondo. Gli esempi comuni di umore comprendono depressione, esaltazione, rabbia e ansia. A differenza dell'AFFETTO, che si riferisce a cambiamenti fluttuanti del "clima" emotivo, Umore si riferisce a un'"atmosfera" emotiva più pervasiva e durevole. I tipi di umore comprendono:

Disforie Umore spiacevole, come tristezza, ansia o irritabilità.

Esaltato Sentimento esagerato di benessere, euforia o esaltazione. Una persona con l'umore esaltato può riferire di sentirsi "su", "in estasi" o "al settimo cielo".

Espanso Mancanza di inibizione nell'esprimere i propri sentimenti, spesso accompagnata da sopravvalutazione della propria importanza o significato.

Eutimico Umore nei "limiti della norma", il che comporta l'assenza di depressione o di esaltazione.

Irritabile Facilità a irritarsi e ad arrabbiarsi.

Glossario dei concetti culturali di sofferenza

Ataque de nervios

Ataque de nervios ("attacco di nervi") è una sindrome diffusa tra gli individui di origine latina, caratterizzata da sintomi di intenso turbamento emotivo, tra cui ansia, rabbia o dolore; l'individuo urla e grida in modo incontrollabile; presenta accessi di pianto, tremori, sensazione di calore nel petto che sale verso la testa; e diventa verbalmente e fisicamente aggressivo. Esperienze dissociative (per es., depersonalizzazione, derealizzazione, amnesia), episodi simili ad attacchi epilettici o svenimenti e gesti suicidari sono presenti in alcuni *ataques* ma assenti in altri. Una caratteristica generale di un *ataque de nervios* è la sensazione di essere fuori controllo. Gli attacchi si verificano spesso come risultato diretto di un evento stressante relativo alla famiglia, come la notizia della morte di un parente stretto, situazioni di conflitto con il/la coniuge o i figli, o dell'essere testimone di un incidente che coinvolge un membro della famiglia. Per una minoranza di individui, nessun particolare evento sociale innesca gli *ataques*; per contro, la loro vulnerabilità a perdere il controllo deriva dall'accumulo di esperienze di sofferenza.

Non è stata trovata nessuna corrispondenza diretta tra un *ataque* e un disturbo psichiatrico specifico, anche se diversi disturbi, tra i quali il disturbo di panico, il disturbo dissociativo con altra specificazione o senza specificazione e il disturbo di conversione, presentano una sovrapposizione sintomatica con gli *ataques*.

In campioni di comunità, l'*ataque* è associato a ideazione suicidaria, disabilità, richiesta di assistenza presso gli ambulatori psichiatrici, dopo la messa a punto di diagnosi psichiatriche, esposizione a un evento traumatico e altre covariate. Tuttavia, alcuni *ataques* rappresentano espressioni normali di disagio acuto (per es., a un funerale), senza conseguenze cliniche. Il termine *ataque de nervios* può riferirsi anche a un concetto peculiare di sofferenza che include qualsiasi attacco parossistico di emotività (per es., risata isterica) e può essere utilizzato per indicare un episodio di perdita di controllo in risposta a un fattore di stress intenso.

Condizioni correlate in altri contesti culturali: *Endispozisyon* a Haiti, *black out* nel sud degli Stati Uniti e *falling out* nei Caraibi.

Condizioni correlate nel DSM-5: Attacco di panico, disturbo di panico, altro disturbo dissociativo con altra specificazione e senza specificazione, disturbo di conversione (sintomo neurologico funzionale), disturbo esplosivo intermittente, disturbo d'ansia con altra specificazione o senza specificazione, disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione o senza specificazione.

Dhat syndrome

Dhat syndrome è un'espressione coniata in Asia meridionale poco più di mezzo secolo fa, per rendere conto delle comuni manifestazioni cliniche di giovani pazienti di sesso maschile che attribuivano i loro vari sintomi alla perdita di liquido seminale. Nonostante il nome, non si tratta di una sindrome specifica, ma piuttosto di una spiegazione culturale della sofferenza di pazienti che riferiscono sintomi diversi, come ansia, stanchezza, debolezza, perdita di peso, impotenza, altri molteplici disturbi somatici e umore depresso. La caratteristica principale è costituita dall'ansia e dall'angoscia per la perdita di *dhat* in assenza di una disfunzione fisiologica identificabile. Il *dhat* era identificato dai pazienti come una scarica bianca notata durante la defecazione o la minzione. Le idee su questa sostanza sono legate al concetto di *dhatu* (seme) descritto nel sistema di medicina indù, l'Ayurveda, come uno dei sette fluidi corporei essenziali, il cui equilibrio è necessario per mantenere la salute.

Sebbene la *dhat syndrome* sia stata formulata come una guida culturale per la pratica clinica locale, le idee correlate circa gli effetti nocivi della perdita di liquido seminale si sono rivelate diffuse nella popolazione generale, suggerendo una predisposizione culturale per spiegare i problemi di salute e i sintomi, con riferimento alla *dhat syndrome*. La ricerca in ambito sanitario ha prodotto diverse stime di prevalenza della sindrome (per es., il 64% degli uomini che si rivolgono alle cliniche psichiatriche in India per sintomi sessuali, il 30% degli uomini che frequentano le cliniche di medicina generale in Pakistan). Anche se la *dhat syndrome* è più comunemente identificata tra i giovani provenienti da contesti socioeconomici più bassi, possono esserne colpiti anche uomini di mezza età. Preoccupazioni riguardanti perdite vaginali bianche (leucorrea) sono state associate a una variante femminile di questa sindrome.

Condizioni correlate in altri contesti culturali: *Koro* nel Sudest asiatico, in particolare a Singapore, e *shen-k'uei* ("insufficienza renale") in Cina.

Condizioni correlate nel DSM-5: Disturbo depressivo maggiore, disturbo depressivo persistente (distimia), disturbo d'ansia generalizzata, disturbo da sintomi somatici, disturbo d'ansia di malattia, disturbo erettile, eiaculazione precoce, disfunzione sessuale con altra specificazione o senza specificazione, problema scolastico.

Khyâl cap

"Attacchi *khyâl*" (*Khyâl cap*), o "attacchi di vento", è una sindrome che si riscontra tra i cambogiani negli Stati Uniti e in Cambogia. I sintomi più comuni sono quelli degli attacchi di panico, come vertigini, palpitazioni, respiro corto ed estremità fredde, e altri sintomi di ansia ed eccitazione autonomica (per es., tinnito e indolenzimento al collo). Gli attacchi *khyâl* includono pensieri catastrofici incentrati sulla preoccupazione che *khyâl* (una sostanza simile al vento) possa aumentare nel corpo – insieme al sangue – e causare una serie di effetti gravi (per es., comprimere i polmoni e causare respiro corto e asfissia; entrare nel cranio e causare tinnito, vertigini, annebbiamento della vista e una sincope fatale). Gli attacchi *khyâl* possono verificarsi senza preavviso, ma sono spesso provocati da fattori scatenanti quali pensieri disturbanti, lo stare in piedi (cioè ipotensione ortostatica), odori specifici con associazioni negative e situazioni simil-agorafobiche, come recarsi in spazi affollati o essere a bordo di un'auto. Gli attacchi *khyâl* soddisfano in genere i criteri dell'attacco di panico e possono configurare l'esperienza di altri disturbi d'ansia e di disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti. Gli attacchi *khyâl* possono essere associati a notevole disabilità.

Condizioni correlate in altri contesti culturali: *Pen lom* in Laos, *srog rlung gi nad* in Tibet, *vata* in Sri Lanka e *hwa byung* in Corea.

Condizioni correlate nel DSM-5: Attacco di panico, disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzata, agorafobia, disturbo da stress post-traumatico, disturbo da ansia di malattia.

Kufungisisa

Kufungisisa ("pensare troppo" in Shona) è un termine che indica sofferenza e una spiegazione culturale tra gli Shona dello Zimbabwe. Come spiegazione, è considerato la causa di ansia, depressione e problemi somatici (per es., "mi fa male il cuore perché penso troppo"). Come espressione del disagio psicosociale, è indicativo delle difficoltà interpersonali e sociali (per es., problemi coniugali, non avere i soldi per prendersi cura dei bambini). Il *kufungisisa* implica il rimuginare su pensieri penosi, in particolare preoccupazioni.

Il *kufungisisa* è associato a una gamma di psicopatologie, compresi sintomi d'ansia, preoccupazione eccessiva, attacchi di panico, sintomi depressivi e irritabilità. In uno studio su un campione di comunità casuale, due terzi dei casi identificati da una valutazione di psicopatologia generale erano costituiti da questa sintomatologia. In molte culture, "pensare troppo" è considerato dannoso per la mente e il corpo, e causa di sintomi specifici come mal di testa e vertigini. "Pensare troppo" può anche essere una componente chiave delle sindromi culturali, come la sindrome *brain fag* in Nigeria. Nel caso della sindrome *brain fag*, il "pensare troppo" è attribuito principalmente allo studio eccessivo, che si ritiene danneggi in particolare il cervello, con sintomi quali sensazioni di calore o formicolii alla testa.

Condizioni correlate in altri contesti culturali: "Pensare troppo" è un termine comune che indica sofferenza e una spiegazione culturale in molti paesi e gruppi etnici. È stato descritto in Africa, nei Caraibi e in America Latina, nonché tra i nativi americani e i gruppi americani originari dell'Asia orientale e dei nativi.

Condizioni correlate nel DSM-5: Disturbo depressivo maggiore, disturbo depressivo persistente (distimia), disturbo d'ansia generalizzata, disturbo da stress post-traumatico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo da lutto persistente complicato (si veda "Condizioni che necessitano di ulteriori studi" nella Sezione III).

Maladi moun

Maladi moun (letteralmente "malattia causata umanamente", nota anche come "malattia inviata") è una spiegazione culturale nelle comunità haitiane per diversi disturbi medici e psichiatrici. In questo modello esplicativo, l'invidia e la cattiveria interpersonale inducono le persone a danneggiare i loro nemici con l'invio di malattie come psicosi, depressione, fallimento sociale o scolastico e incapacità di svolgere le attività della vita quotidiana. Il modello eziologico presuppone che la malattia possa essere causata dall'invidia e dall'odio altrui provocati dal successo economico della vittima, evidenziato da un nuovo lavoro o da un acquisto costoso. Poiché si presume che il guadagno ottenuto da qualcuno produca una perdita per qualcun altro, il successo evidente rende vulnerabili agli attacchi. La possibilità di assegnare l'etichetta di malattia inviata dipende dalla modalità di esordio e dallo status sociale, più che dalla manifestazione dei sintomi. L'insorgenza acuta di nuovi sintomi o un brusco cambiamento di comportamento solleva sospetti di un attacco spirituale. Un individuo attraente, intelligente o ricco è percepito come particolarmente vulnerabile, e anche i bambini sani sono a rischio.

Condizioni correlate in altri contesti culturali: Preoccupazioni circa la malattia (tipicamente, malattia fisica) causata da invidia o conflitto sociale sono comuni tra le culture e spesso sono espresse in forma di "malocchio" (per es., in spagnolo, *mal de ojo*).

Condizioni correlate nel DSM-5: Disturbo delirante, tipo persecutorio; schizofrenia con caratteristiche paranoidi.

Nervios

Nervios ("nervi") è un termine comune che indica sofferenza tra i Latinos negli Stati Uniti e in America Latina. *Nervios* si riferisce a uno stato generale di vulnerabilità alle esperienze di vita stressanti e a condizioni di vita difficili. Il termine *nervios* comprende una vasta gamma di sintomi di stress emotivo, disturbi somatici e inabilità. I sintomi più comuni attribuiti a *nervios* includono mal di testa e "dolori al cervello" (tensione occipitale), irritabilità, disturbi di stomaco, difficoltà del sonno, nervosismo, facilità al pianto, incapacità di concentrazione, tremori, sensazioni di formicolio e *mareos* (capogiri, con occasionali acutizzazioni simili a vertigini). *Nervios* è un termine che indica sofferenza in senso generale e copre tutta la gamma della gravità, dai casi senza alcun disturbo mentale alle manifestazioni che assomigliano a disturbi dell'adattamento, d'ansia, depressivi, dissociativi, da sintomi somatici o psicotici. "Essere nervosi fin dall'infanzia" sembra essere più di un tratto e può precedere il disturbo d'ansia sociale, mentre "essere malato di nervi" è più legato di altre forme di *nervios* a problemi psichiatrici, in particolare a dissociazione e depressione.

Condizioni correlate in altri contesti culturali: *Nevra* tra i greci in Nordamerica e *nervi* tra i bianchi degli Appalachi e Terranova.

Condizioni correlate nel DSM-5: Disturbo depressivo maggiore, disturbo depressivo peristente (distimia), disturbo d'ansia generalizzata, disturbo d'ansia sociale, disturbo dissociativo con altra specificazione o senza specificazione, disturbo da sintomi somatici, schizofrenia.

Shenjing shuairuo

Shenjing shuairuo ("debolezza del sistema nervoso" in cinese mandarino) è una sindrome culturale che integra categorie concettuali della medicina tradizionale cinese con la diagnosi occidentale di nevrastenia. Nella seconda edizione riveduta della *Classificazione cinese dei disturbi mentali* (CCMD-2-R), *Shenjing shuairuo* è definito come una sindrome composta da tre dei cinque gruppi di sintomi non gerarchici: debolezza (per es., fatica mentale), emozioni (per es., sentirsi contrariato), eccitazione (per es., aumento dei ricordi), dolore nervoso (per es., mal di testa) e sonno (per es., insonnia). *Fan nao* (sentirsi contrariato) è una forma di irritabilità mista a preoccupazione e angoscia su pensieri conflittuali e desideri irrealizzati. La terza edizione della CCMD mantiene *Shenjing shuairuo* come una diagnosi somatoforme di esclusione. Tra i fattori che possono scatenare un attacco di *Shenjing shuairuo* ci sono fattori stressanti legati alla famiglia o al lavoro, perdita della faccia (*mianzi*, *lianzi*) e un acuto senso di fallimento (per es., nel rendimento scolastico). *Shenjing shuairuo* è legato a concetti tradizionali di debolezza (*xu*) e agli squilibri di salute legati a carenze di essenza vitale (per es., l'esaurimento del *qi* [energia vitale] conseguente a superattività o stagnazione del *qi* a causa di eccessiva preoccupazione). Nell'interpretazione tradizionale, *Shenjing shuairuo* si verifica quando i canali corporei (*jing*) convogliatori di forze vitali (*shen*) diventano disequilibrati a causa di vari fattori stressanti sociali e interpersonali, come per esempio l'impossibilità di cambiare una situazione frustrante e dolorosa. Vari disturbi psichiatrici sono associati a *Shenjing shuairuo*, in particolare disturbi dell'umore, d'ansia e da sintomi somatici. Nelle cliniche cinesi, però, fino al 45% dei pazienti ricoverati con *Shenjing shuairuo* non soddisfa i criteri per uno qualsiasi dei disturbi del DSM-IV.

Condizioni correlate in altri contesti culturali: Termini e sindromi dello spettro della nevrastenia sono presenti in India (*ashaktapanna*) e Giappone (*shinkei-suijaku*). Anche altre condizioni, come la sindrome di stanchezza cerebrale, la sindrome del burnout e la sindrome da stanchezza cronica, sono strettamente correlate.

Condizioni correlate nel DSM-5: Disturbo depressivo maggiore, disturbo depressivo persistente (distimia), disturbo d'ansia generalizzata, disturbo da sintomi somatici, disturbo d'ansia sociale, fobia specifica, disturbo da stress post-traumatico.

Susto

Susto ("paura") è una spiegazione culturale per l'angoscia e la sfortuna prevalente tra alcuni Latinos negli Stati Uniti e tra la popolazione di Messico, America Centrale e Sudamerica. Non è riconosciuto come una categoria di malattia tra i Latinos originari dei Caraibi. Il *susto* è una malattia attribuita a un evento spaventoso che fa sì che l'anima lasci il corpo e si traduca sia in infelicità e malattia sia in difficoltà di funzionamento in ruoli sociali fondamentali. I sintomi possono comparire in qualsiasi momento dopo il verificarsi dell'evento traumatico, a volte giorni e a volte anche anni. In casi estremi, il *susto* può portare alla morte. Benché non ci siano sintomi specifici che definiscono il *susto*, tuttavia i sintomi che sono spesso riferiti dalle persone con *susto* comprendono disturbi dell'appetito, sonno insufficiente o eccessivo, sonno o sogni turbati, sentimenti di tristezza, bassa autostima o autosvalutazione, ipersensibilità interpersonale e mancanza di motivazione a fare le cose. I sintomi somatici che accompagnano il *susto* possono includere dolori e, più in particolare, dolori muscolari, freddo alle estremità, pallore, mal di testa, mal di stomaco e diarrea. Gli eventi scatenanti sono diversi e comprendono fenomeni naturali, animali, situazioni interpersonali, nonché agenti soprannaturali.

Sono state identificate tre tipologie sindromiche di *susto* (chiamato *cibih* nella locale lingua zapoteca), ciascuna con differenti rapporti con le diagnosi psichiatriche. Il *susto* interpersonale, caratterizzato da sentimenti di perdita, abbandono e dalla sensazione di non essere amati dalla famiglia, accompagnati da tristezza, scarsa immagine di sé e ideazione suicidaria, sembra essere strettamente legato al disturbo depressivo maggiore. Quando il *susto* è il risultato di un evento traumatico che ha svolto un ruolo importante nel plasmare i sintomi e l'elaborazione emozionale dell'esperienza, la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico pare più appropriata. Il *susto* caratterizzato da vari sintomi somatici ricorrenti per i quali la persona si è rivolta a diversi professionisti è più simile a un disturbo da sintomi somatici.

Condizioni correlate in altri contesti culturali: Concetti eziologici e configurazioni di sintomi simili si registrano a livello globale. Nella regione andina, il *susto* è chiamato *espanto*.

Condizioni correlate nel DSM-5: Disturbo depressivo maggiore, disturbo da stress post-traumatico, disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione o senza specificazione, disturbo da sintomi somatici.

Taijin kyofusho

Taijin kyofusho ("disturbo da paura interpersonale" in giapponese) è una sindrome culturale caratterizzata da ansia ed evitamento di situazioni interpersonali causata dal pensiero, dalla sensazione o dalla convinzione che il proprio aspetto e il proprio modo

di agire nelle interazioni sociali siano inappropriati o offensivi per gli altri. Negli Stati Uniti è presente una variante che implica l'avere un odore corporeo sgradevole e viene definita *sindrome da riferimento olfattivo*. Gli individui con *taijin kyofusho* tendono a focalizzarsi sull'impatto dei loro sintomi e dei loro comportamenti sugli altri. Le varianti includono grave preoccupazione di arrossire (eritrofobia), avere un odore corporeo sgradevole (sindrome da riferimento olfattivo), sguardo inappropriato (troppo o troppo poco contatto visivo), espressione facciale o movimenti corporei rigidi o imbarazzanti (per es., irrigidimento, tremore) o deformità.

Il *taijin kyofusho* è un costrutto più ampio rispetto al disturbo d'ansia sociale del DSM-5. Oltre all'ansia da prestazione, il *taijin kyofusho* include due forme legate alla cultura: un "tipo sensibile", caratterizzato da estrema sensibilità sociale e ansia circa le interazioni interpersonali, e un "tipo offensivo", in cui la principale preoccupazione è quella di offendere gli altri. Come categoria, il *taijin kyofusho* comprende quindi sindromi con caratteristiche del disturbo di dismorfismo corporeo e del disturbo delirante. Le preoccupazioni possono avere una qualità delirante, con scarsa risposta alla semplice rassicurazione o ai controesempi.

I sintomi caratteristici di *taijin kyofusho* si manifestano in contesti culturali specifici e, in qualche misura, con più grave ansia sociale attraverso le culture. Sindromi simili si trovano in Corea e in altre società dove viene posta molta enfasi sulla consapevole adozione di un comportamento sociale adeguato nei rapporti interpersonali gerarchici. Sintomi simili a quelli del *taijin kyofusho* sono stati descritti anche in altri contesti culturali, tra cui Stati Uniti, Australia e Nuova Zelanda.

Condizioni correlate in altri contesti culturali: *Taein kong po* in Corea.

Condizioni correlate nel DSM-5: Disturbo d'ansia sociale, disturbo da dismorfismo corporeo, disturbo delirante, disturbo ossessivo-compulsivo, sindrome da riferimento olfattivo (un tipo del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione). La sindrome da riferimento olfattivo è legata specificamente alla variante *jikoshu-kyofu* del *taijin kyofusho*, il cui sintomo principale è la preoccupazione dell'individuo di emanare un odore corporeo sgradevole. Questa manifestazione è presente in diverse culture al di fuori del Giappone.

Elenco alfabetico delle diagnosi del DSM-5 e dei codici ICD-9-CM e ICD-10-CM

Negli Stati Uniti, fino al 30 settembre 2014 devono essere utilizzati i codici ICD-9-CM. I codici ICD-10-CM dovranno essere utilizzati a partire dal 1° ottobre 2014.

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
V60.1	Z59.1	Abitazione inadeguata
		Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato
995.81	T74.11XD	Interventi successivi
995.81	T74.11XA	Primo intervento
		Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto
995.81	T76.11XD	Interventi successivi
995.81	T76.11XA	Primo intervento
		Abuso fisico infantile, Confermato
995.54	T74.12XD	Interventi successivi
995.54	T74.12XA	Primo intervento
		Abuso fisico infantile, Sospetto
995.54	T76.12XD	Interventi successivi
995.54	T76.12XA	Primo intervento
		Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato
995.82	T74.31XD	Interventi successivi
995.82	T74.31XA	Primo intervento
		Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto
995.82	T76.31XD	Interventi successivi
995.82	T76.31XA	Primo intervento
		Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Confermato
995.82	T74.31XD	Interventi successivi
995.82	T74.31XA	Primo intervento

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
		Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Sospetto
995.82	T76.31XD	Interventi successivi
995.82	T76.31XA	Primo intervento
		Abuso psicologico infantile, Confermato
995.51	T74.32XD	Interventi successivi
995.51	T74.32XA	Primo intervento
		Abuso psicologico infantile, Sospetto
995.51	T76.32XD	Interventi successivi
995.51	T76.32XA	Primo intervento
		Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato
995.83	T74.21XD	Interventi successivi
995.83	T74.21XA	Primo intervento
		Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto
995.83	T76.21XD	Interventi successivi
995.83	T76.21XA	Primo intervento
		Abuso sessuale infantile, Confermato
995.53	T74.22XD	Interventi successivi
995.53	T74.22XA	Primo intervento
		Abuso sessuale infantile, Sospetto
995.53	T76.22XD	Interventi successivi
995.53	T76.22XA	Primo intervento
333.99	G25.71	Acatisia acuta indotta da farmaci
333.99	G25.71	Acatisia tardiva
300.22	F40.00	Agorafobia
V61.8	Z62.29	Allevamento lontano dai genitori
V61.8	Z63.8	Alto livello di emozioni espresse all'interno della famiglia
V15.49	Z91.49	Altra storia personale di trauma psicologico
		Altre circostanze correlate all'abuso dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner
V62.83	Z69.82	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso diverso dal/dalla coniuge o dal/dalla partner
V65.49	Z69.81	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner
		Altre circostanze correlate all'abuso fisico infantile
V61.22	Z69.011	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso infantile
V62.83	Z69.021	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso infantile diverso dal genitore
V61.21	Z69.020	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso infantile da parte di individui diversi dai gentori

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
V61.21	Z69.010	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso infantile da parte di un genitore
V15.41	Z62.810	Storia personale (pregressa) di abusi fisici nell'infanzia
		Altre circostanze correlate all'abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner
V61.12	Z69.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso psicologico sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
V61.11	Z69.11	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico da parte del/della coniuge o del/della partner
V15.42	Z91.411	Storia personale (pregressa) di abuso psicologico da parte del/della coniuge o del/della partner
		Altre circostanze correlate all'abuso psicologico infantile
V61.22	Z69.011	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso psicologico infantile
V62.83	Z69.021	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso psicologico infantile diverso dal genitore
V61.21	Z69.020	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico infantile da parte di individui diversi dai genitori
V61.21	Z69.010	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico infantile da parte di un genitore
V15.42	Z62.811	Storia personale (pregressa) di abuso psicologico nell'infanzia
		Altre circostanze correlate all'abuso sessuale infantile
V61.22	Z69.011	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso sessuale infantile
V62.83	Z69.021	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso sessuale infantile diverso dal genitore
V61.21	Z69.020	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso sessuale infantile da parte di individui diversi dai genitori
V61.21	Z69.010	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso sessuale infantile da parte di un genitore
V15.41	Z62.810	Storia personale (pregressa) di abusi sessuali nell'infanzia
		Altre circostanze correlate alla trascuratezza del/della coniuge o del/della partner
V61.12	Z69.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di trascuratezza sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
V61.11	Z69.11	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza da parte del/della coniuge o del/della partner
V15.42	Z91.412	Storia personale (pregressa) di trascuratezza da parte del/della coniuge o del/della partner
		Altre circostanze correlate alla trascuratezza infantile
V61.22	Z69.011	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di trascuratezza infantile
V62.83	Z69.021	Intervento dei servizi mentali per l'autore di trascuratezza infantile diverso dal genitore
V61.21	Z69.020	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza infantile da parte di individui diversi dai genitori

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
V61.21	Z69.010	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza infantile da parte di un genitore
V15.42	Z62.812	Storia personale (pregressa) di trascuratezza nell'infanzia
		Altre circostanze correlate alla violenza fisica del/della coniuge o del/della partner
V61.12	Z69.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di violenza fisica sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
V61.11	Z69.11	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di violenza fisica da parte del/della coniuge o del/della partner
V15.41	Z91.410	Storia personale (pregressa) di violenza fisica da parte del/della coniuge o del/della partner
		Altre circostanze correlate alla violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner
V61.12	Z69.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di violenza sessuale sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
V61.11	Z69.81	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di violenza sessuale da parte del/della coniuge o del/della partner
V15.41	Z91.410	Storia personale (pregressa) di violenza sessuale da parte del/della coniuge o del/della partner
V65.40	Z71.9	Altre forme di consultazione o di counseling
		Altre reazioni avverse ai farmaci
995.20	T50.905D	Interventi successivi
995.20	T50.905A	Primo intervento
995.20	T50.905S	Sequele
333.99	G25.79	Altri disturbi del movimento indotti da farmaci
V15.89	Z91.89	Altri fattori di rischio personale
V62.89	Z65.8	Altri problemi correlati a circostanze psicosociali
V62.29	Z56.9	Altri problemi correlati all'attività lavorativa
300.12	F44.0	Amnesia dissociativa
300.13	F44.1	Amnesia dissociativa, Con fuga dissociativa
307.1		Anoressia nervosa
	F50.02	Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione
	F50.01	Tipo con restrizioni
		Apnea centrale del sonno
780.57	G47.37	Apnea centrale del sonno in comorbidità con uso di oppiacei
327.21	G47.31	Apnea centrale idiopatica del sonno
786.04	R06.3	Respiro di Cheyne-Stokes
327.23	G47.33	Apnea/ipopnea ostruttiva del sonno
V60.2	Z59.7	Assicurazione o supporto dei sussidi pubblici insufficienti
291.81		Astinenza da alcol
	F10.232	Con alterazioni percettive
	F10.239	Senza alterazioni percettive
292.0	F19.239	Astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
292.0	F15.23	Astinenza da amfetamine (o altri stimolanti)
292.0	F15.93	Astinenza da caffeina
292.0	F12.288	Astinenza da cannabis
292.0	F14.23	Astinenza da cocaina
292.0	F11.23	Astinenza da oppiacei
292.0		Astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici
	F13.232	Con alterazioni percettive
	F13.239	Senza alterazioni percettive
		Astinenza da stimolanti (*per i codici specifici, si veda l'astinenza da amfetamine o cocaina*)
292.0	F17.203	Astinenza da tabacco
V60.2	Z59.6	Basso reddito
307.51	F50.2	Bulimia nervosa
293.89	F06.1	Catatonia associata a un altro disturbo mentale (specificatore della catatonia)
293.89	F06.1	Catatonia senza specificazione (*codificare prima* 781.99 [R29.818] altri sintomi che coinvolgono i sistemi nervoso e muscoloscheletrico)
312.32	F63.2	Cleptomania
V71.02	Z72.810	Comportamento antisociale del bambino o dell'adolescente
V71.01	Z72.811	Comportamento antisociale dell'adulto
V62.5	Z65.0	Condanna in processi civili o penali senza reclusione
V62.89	Z64.4	Conflitti con fornitori di servizi sociali, compresi funzionari di sorveglianza, case manager o operatori dei servizi sociali
V60.89	Z59.2	Conflitti con vicinato, inquilino o padrone di casa
V65.49	Z70.9	Counseling sessuale
		Delirium
		Delirium da astinenza da sostanze (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
		Delirium da intossicazione da sostanze (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
293.0	F05	Delirium dovuto a eziologie molteplici
293.0	F05	Delirium dovuto a un'altra condizione medica
292.81		Delirium indotto da farmaci (*per i codici ICD-10-CM, si vedano le specifiche sostanze*)
780.09	R41.0	Delirium con altra specificazione
291.0	F10.231	Delirium da astinenza da alcol
292.0	F19.231	Delirium da astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza
292.0	F11.23	Delirium da astinenza da oppiacei
292.0	F13.231	Delirium da astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici
		Delirium da astinenza da sostanze (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
291.0		Delirium da intossicazione da alcol

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
	F10.121	Con disturbo da uso lieve
	F10.221	Con disturbo da uso moderato o grave
	F10.921	Senza disturbo da uso
292.81		Delirium da intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza
	F19.121	Con disturbo da uso lieve
	F19.221	Con disturbo da uso moderato o grave
	F19.921	Senza disturbo da uso
292.81		Delirium da intossicazione da altri allucinogeni
	F16.121	Con disturbo da uso lieve
	F16.221	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.921	Senza disturbo da uso
292.81		Delirium da intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti)
	F15.121	Con disturbo da uso lieve
	F15.221	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.921	Senza disturbo da uso
292.81		Delirium da intossicazione da cannabis
	F12.121	Con disturbo da uso lieve
	F12.221	Con disturbo da uso moderato o grave
	F12.921	Senza disturbo da uso
292.81		Delirium da intossicazione da cocaina
	F14.121	Con disturbo da uso lieve
	F14.221	Con disturbo da uso moderato o grave
	F14.921	Senza disturbo da uso
292.81		Delirium da intossicazione da fenciclidina
	F16.121	Con disturbo da uso lieve
	F16.221	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.921	Senza disturbo da uso
292.81		Delirium da intossicazione da inalanti
	F18.121	Con disturbo da uso lieve
	F18.221	Con disturbo da uso moderato o grave
	F18.921	Senza disturbo da uso
292.81		Delirium da intossicazione da oppiacei
	F11.121	Con disturbo da uso lieve
	F11.221	Con disturbo da uso moderato o grave
	F11.921	Senza disturbo da uso
		Delirium da intossicazione da sostanze (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
292.81		Delirium da intossicazione indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
	F13.121	Con disturbo da uso lieve
	F13.221	Con disturbo da uso moderato o grave
	F13.921	Senza disturbo da uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
	F19.921	Delirium indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
	F15.921	Delirium indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
	F11.921	Delirium indotto da oppiacei
	F13.921	Delirium indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
780.09	R41.0	Delirium senza specificazione
V62.4	Z60.3	Difficoltà di integrazione culturale
		Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo)
317	F70	Lieve
318.0	F71	Moderata
318.1	F72	Grave
318.2	F73	Estrema
319	F79	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo) senza specificazione
V61.10	Z63.0	Disagio relazionale con il/la coniuge o con il/la partner
333.85	G24.01	Discinesia tardiva
302.6	F64.8	Disforia di genere con altra specificazione
302.85	F64.1	Disforia di genere negli adolescenti e negli adulti
302.6	F64.2	Disforia di genere nei bambini
302.6	F64.9	Disfor ia di genere senza specificazione
302.79	F52.8	Disfunzione sessuale con altra specificazione
291.89		Disfunzione sessuale indotta da alcol
	F10.181	Con disturbo da uso lieve
	F10.281	Con disturbo da uso moderato o grave
	F10.981	Senza disturbo da uso
292.89		Disfunzione sessuale indotta da altra (o sconosciuta) sostanza
	F19.181	Con disturbo da uso lieve
	F19.281	Con disturbo da uso moderato o grave
	F19.981	Senza disturbo da uso
292.89		Disfunzione sessuale indotta da amfetamine (o altri stimolanti)
	F15.181	Con disturbo da uso lieve
	F15.281	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.981	Senza disturbo da uso
292.89		Disfunzione sessuale indotta da cocaina
	F14.181	Con disturbo da uso lieve
	F14.281	Con disturbo da uso moderato o grave
	F14.981	Senza disturbo da uso
292.89		Disfunzione sessuale indotta da oppiacei
	F11.181	Con disturbo da uso lieve
	F11.281	Con disturbo da uso moderato o grave
	F11.981	Senza disturbo da uso
292.89		Disfunzione sessuale indotta da sedativi, ipnotici o ansiolitici
	F13.181	Con disturbo da uso lieve

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
	F13.281	Con disturbo da uso moderato o grave
	F13.981	Senza disturbo da uso
		Disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
302.70	F52.9	Disfunzione sessuale senza specificazione
V61.03	Z63.5	Disgregazione della famiglia a causa di separazione o divorzio
333.72	G24.02	Distonia acuta indotta da farmaci
333.72	G24.09	Distonia tardiva
		Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia
307.45	G47.22	Tipo fase di sonno anticipata
307.45	G47.21	Tipo fase di sonno ritardata
307.45	G47.26	Tipo lavoro con turni
307.45	G47.20	Tipo non specificato
307.45	G47.24	Tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore
307.45	G47.23	Tipo ritmo sonno-veglia irregolare
		Disturbi dell'adattamento
309.3	F43.24	Con alterazione della condotta
309.4	F43.25	Con alterazione mista dell'emotività e della condotta
309.24	F43.22	Con ansia
309.28	F43.23	Con ansia e umore depresso misti
309.0	F43.21	Con umore depresso
309.9	F43.20	Non specificati
		Disturbi dell'arousal del sonno non-REM
307.46	F51.3	Tipo sonnambulismo
307.46	F51.4	Tipo terrore nel sonno
301.7	F60.2	Disturbo antisociale di personalità
		Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo
296.54	F31.5	Con caratteristiche psicotiche
296.53	F31.4	Grave
296.56	F31.76	In remissione completa
296.55	F31.75	In remissione parziale
296.51	F31.31	Lieve
296.52	F31.32	Moderato
296.50	F31.9	Non specificato
296.40	F31.0	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio ipomaniacale
296.46	F31.72	In remissione completa
296.45	F31.71	In remissione parziale
296.40	F31.9	Non specificato
		Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale
296.44	F31.2	Con caratteristiche psicotiche
296.43	F31.13	Grave
296.46	F31.72	In remissione completa

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
296.45	F31.71	In remissione parziale
296.41	F31.11	Lieve
296.42	F31.12	Moderato
296.40	F31.9	Non specificato
296.7	F31.9	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio non specificato
296.89	F31.81	Disturbo bipolare II
296.89	F31.89	Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione
292.84		Disturbo bipolare e disturbi correlati da altra (o sconosciuta) sostanza
	F19.14	Con disturbo da uso lieve
	F19.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F19.94	Senza disturbo da uso
293.83		Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica
	F06.33	Con caratteristiche maniacali
	F06.34	Con caratteristiche miste
	F06.33	Con episodio simil-maniacale o simil-ipomaniacale
291.89		Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da alcol
	F10.14	Con disturbo da uso lieve
	F10.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F10.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da altri allucinogeni
	F16.14	Con disturbo da uso lieve
	F16.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
	F15.14	Con disturbo da uso lieve
	F15.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da cocaina
	F14.14	Con disturbo da uso lieve
	F14.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F14.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da fenciclidina
	F16.14	Con disturbo da uso lieve
	F16.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
	F13.14	Con disturbo da uso lieve
	F13.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F13.94	Senza disturbo da uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
		Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
296.80	F31.9	Disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione
301.83	F60.3	Disturbo borderline di personalità
293.89	F06.1	Disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica
301.13	F34.0	Disturbo ciclotimico
327.42	G47.52	Disturbo comportamentale del sonno REM
309.89	F43.8	Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione
309.9	F43.9	Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti senza specificazione
292.9	F16.99	Disturbo correlato agli allucinogeni senza specificazione
292.9	F18.99	Disturbo correlato agli inalanti senza specificazione
292.9	F11.99	Disturbo correlato agli oppiacei senza specificazione
292.9		Disturbo correlato agli stimolanti senza specificazione
	F15.99	Amfetamina o altro stimolante
	F14.99	Cocaina
292.9	F19.99	Disturbo correlato ad altra (o sconosciuta) sostanza senza specificazione
292.9	F15.99	Disturbo correlato alla caffeina senza specificazione
292.9	F12.99	Disturbo correlato alla cannabis senza specificazione
292.9	F16.99	Disturbo correlato alla fenciclidina senza specificazione
291.9	F10.99	Disturbo correlato all'alcol senza specificazione
292.9	F17.209	Disturbo correlato al tabacco senza specificazione
292.9	F13.99	Disturbo correlato a sedativi, ipnotici o ansiolitici senza specificazione
300.09	F41.8	Disturbo d'ansia con altra specificazione
309.21	F93.0	Disturbo d'ansia di separazione
293.84	F06.4	Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica
300.02	F41.1	Disturbo d'ansia generalizzata
291.89		Disturbo d'ansia indotto da alcol
	F10.180	Con disturbo da uso lieve
	F10.280	Con disturbo da uso moderato o grave
	F10.980	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo d'ansia indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
	F19.180	Con disturbo da uso lieve
	F19.280	Con disturbo da uso moderato o grave
	F19.980	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo d'ansia indotto da altri allucinogeni
	F16.180	Con disturbo da uso lieve
	F16.280	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.980	Senza disturbo da uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
292.89		Disturbo d'ansia indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
	F15.180	Con disturbo da uso lieve
	F15.280	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.980	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo d'ansia indotto da caffeina
	F15.180	Con disturbo da uso lieve
	F15.280	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.980	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo d'ansia indotto da cannabis
	F12.180	Con disturbo da uso lieve
	F12.280	Con disturbo da uso moderato o grave
	F12.980	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo d'ansia indotto da cocaina
	F14.180	Con disturbo da uso lieve
	F14.280	Con disturbo da uso moderato o grave
	F14.980	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo d'ansia indotto da fenciclidina
	F16.180	Con disturbo da uso lieve
	F16.280	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.980	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo d'ansia indotto da inalanti
	F18.180	Con disturbo da uso lieve
	F18.280	Con disturbo da uso moderato o grave
	F18.980	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo d'ansia indotto da oppiacei
	F11.188	Con disturbo da uso lieve
	F11.288	Con disturbo da uso moderato o grave
	F11.988	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo d'ansia indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
	F13.180	Con disturbo da uso lieve
	F13.280	Con disturbo da uso moderato o grave
	F13.980	Senza disturbo da uso
		Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
300.00	F41.9	Disturbo d'ansia senza specificazione
300.23	F40.10	Disturbo d'ansia sociale (Fobia sociale)
300.3	F42	Disturbo da accumulo
300.7	F45.21	Disturbo da ansia di malattia
307.51	F50.8	Disturbo da binge-eating
312.89	F91.8	Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
312.9	F91.9	Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta senza specificazione
		Disturbo da deficit di attenzione/iperattività
314.01	F90.2	Manifestazione combinata
314.00	F90.0	Manifestazione con disattenzione predominante
314.01	F90.1	Manifestazione con iperattività/impulsività predominanti
314.01	F90.8	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altra specificazione
314.01	F90.9	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività senza specificazione
296.99	F34.8	Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
698.4	L98.1	Disturbo da escoriazione (Stuzzicamento della pelle)
312.31	F63.0	Disturbo da gioco d'azzardo
313.89	F94.2	Disturbo da impegno sociale disinibito
307.47	F51.5	Disturbo da incubi
307.42	F51.01	Disturbo da insonnia
780.52	G47.09	Disturbo da insonnia con altra specificazione
780.52	G47.00	Disturbo da insonnia senza specificazione
307.44	F51.11	Disturbo da ipersonnolenza
780.54	G47.19	Disturbo da ipersonnolenza con altra specificazione
780.54	G47.10	Disturbo da ipersonnolenza senza specificazione
302.83	F65.51	Disturbo da masochismo sessuale
307.3	F98.4	Disturbo da movimento stereotipato
307.53	F98.21	Disturbo da ruminazione
302.84	F65.52	Disturbo da sadismo sessuale
300.82	F45.1	Disturbo da sintomi somatici
300.89	F45.8	Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione
300.82	F45.9	Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione
308.3	F43.0	Disturbo da stress acuto
309.81	F43.10	Disturbo da stress post-traumatico
307.20	F95.8	Disturbo da tic con altra specificazione
307.20	F95.9	Disturbo da tic senza specificazione
302.3	F65.1	Disturbo da travestitismo
		Disturbo da uso di alcol
303.90	F10.20	Grave
305.00	F10.10	Lieve
303.90	F10.20	Moderato
		Disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza
304.90	F19.20	Grave
305.90	F19.10	Lieve
304.90	F19.20	Moderato

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
		Disturbo da uso di altri allucinogeni
304.50	F16.20	Grave
305.30	F16.10	Lieve
304.50	F16.20	Moderato
		Disturbo da uso di cannabis
304.30	F12.20	Grave
305.20	F12.10	Lieve
304.30	F12.20	Moderato
		Disturbo da uso di cocaina
304.20	F14.20	Grave
305.60	F14.10	Lieve
304.20	F14.20	Moderato
		Disturbo da uso di fenciclidina
304.60	F16.20	Grave
305.90	F16.10	Lieve
304.60	F16.20	Moderato
		Disturbo da uso di inalanti
304.60	F18.20	Grave
305.90	F18.10	Lieve
304.60	F18.20	Moderato
		Disturbo da uso di oppiacei
304.00	F11.20	Grave
305.50	F11.10	Lieve
304.00	F11.20	Moderato
		Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici
304.10	F13.20	Grave
305.40	F13.10	Lieve
304.10	F13.20	Moderato
		Disturbo da uso di sostanze amfetaminosimili
304.40	F15.20	Grave
305.70	F15.10	Lieve
304.40	F15.20	Moderato
		Disturbo da uso di stimolante altro o non specificato
304.40	F15.20	Grave
305.70	F15.10	Lieve
304.40	F15.20	Moderato
		Disturbo da uso di stimolanti (*per i codici specifici, si veda il disturbo da uso da amfetamine o cocaina*)
		Disturbo da uso di tabacco
305.1	F17.200	Grave
305.1	Z72.0	Lieve
305.1	F17.200	Moderato

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
302.72	F52.22	Disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile
302.71	F52.0	Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile
302.76	F52.6	Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione
297.1	F22	Disturbo delirante
307.9	F80.9	Disturbo della comunicazione senza specificazione
315.39	F80.89	Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)
		Disturbo della condotta
312.89	F91.9	Esordio non specificato
312.82	F91.2	Tipo con esordio nell'adolescenza
312.81	F91.1	Tipo con esordio nell'infanzia
307.0	F98.5	Disturbo della fluenza con esordio nell'età adulta
315.35	F80.81	Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (Balbuzie)
307.59	F50.8	Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione
307.50	F50.9	Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione
		Disturbo dell'evacuazione con altra specificazione
787.60	R15.9	Con sintomi fecali
788.39	N39.498	Con sintomi urinari
		Disturbo dell'evacuazione senza specificazione
787.60	R15.9	Con sintomi fecali
788.30	R32	Con sintomi urinari
315.32	F80.2	Disturbo del linguaggio
302.73	F52.31	Disturbo dell'orgasmo femminile
298.8	F28	Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione
298.9	F29	Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione
299.00	F84.0	Disturbo dello spettro dell'autismo
315.4	F82	Disturbo dello sviluppo della coordinazione
315.8	F88	Disturbo del neurosviluppo con altra specificazione
315.9	F89	Disturbo del neurosviluppo senza specificazione
292.85		Disturbo del sonno da altra (o sconosciuta) sostanza
	F19.182	Con disturbo da uso lieve
	F19.282	Con disturbo da uso moderato o grave
	F19.982	Senza disturbo da uso
291.82		Disturbo del sonno indotto da alcol
	F10.182	Con disturbo da uso lieve
	F10.282	Con disturbo da uso moderato o grave
	F10.982	Senza disturbo da uso
292.85		Disturbo del sonno indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
	F15.182	Con disturbo da uso lieve
	F15.282	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.982	Senza disturbo da uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
292.85		Disturbo del sonno indotto da caffeina
	F15.182	Con disturbo da uso lieve
	F15.282	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.982	Senza disturbo da uso
292.85		Disturbo del sonno indotto da cannabis
	F12.188	Con disturbo da uso lieve
	F12.288	Con disturbo da uso moderato o grave
	F12.988	Senza disturbo da uso
292.85		Disturbo del sonno indotto da cocaina
	F14.182	Con disturbo da uso lieve
	F14.282	Con disturbo da uso moderato o grave
	F14.982	Senza disturbo da uso
292.85		Disturbo del sonno indotto da oppiacei
	F11.182	Con disturbo da uso lieve
	F11.282	Con disturbo da uso moderato o grave
	F11.982	Senza disturbo da uso
292.85		Disturbo del sonno indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
	F13.182	Con disturbo da uso lieve
	F13.282	Con disturbo da uso moderato o grave
	F13.982	Senza disturbo da uso
		Disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
292.85		Disturbo del sonno indotto da tabacco
	F17.208	Con disturbo da uso moderato o grave
780.59	G47.8	Disturbo del sonno-veglia con altra specificazione
780.59	G47.9	Disturbo del sonno-veglia senza specificazione
311	F32.8	Disturbo depressivo con altra specificazione
293.83		Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica
	F06.31	Con caratteristiche depressive
	F06.34	Con caratteristiche miste
	F06.32	Con episodio simil-depressivo maggiore
291.89		Disturbo depressivo indotto da alcol
	F10.14	Con disturbo da uso lieve
	F10.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F10.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo depressivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
	F19.14	Con disturbo da uso lieve
	F19.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F19.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo depressivo indotto da altri allucinogeni
	F16.14	Con disturbo da uso lieve
	F16.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.94	Senza disturbo da uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
292.84		Disturbo depressivo indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
	F15.14	Con disturbo da uso lieve
	F15.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo depressivo indotto da cocaina
	F14.14	Con disturbo da uso lieve
	F14.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F14.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo depressivo indotto da fenciclidina
	F16.14	Con disturbo da uso lieve
	F16.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo depressivo indotto da inalanti
	F18.14	Con disturbo da uso lieve
	F18.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F18.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo depressivo indotto da oppiacei
	F11.14	Con disturbo da uso lieve
	F11.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F11.94	Senza disturbo da uso
292.84		Disturbo depressivo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
	F13.14	Con disturbo da uso lieve
	F13.24	Con disturbo da uso moderato o grave
	F13.94	Senza disturbo da uso
		Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
		Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente
296.34	F33.3	Con caratteristiche psicotiche
296.33	F33.2	Grave
296.36	F33.42	In remissione completa
296.35	F33.41	In remissione parziale
296.31	F33.0	Lieve
296.32	F33.1	Moderato
296.30	F33.9	Non specificato
		Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo
296.24	F32.3	Con caratteristiche psicotiche
296.23	F32.2	Grave
296.26	F32.5	In remissione completa
296.25	F32.4	In remissione parziale
296.21	F32.0	Lieve
296.22	F32.1	Moderato
296.20	F32.9	Non specificato

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
300.4	F34.1	Disturbo depressivo persistente (Distimia)
311	F32.9	Disturbo depressivo senza specificazione
300.11		Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali)
	F44.6	Con anestesia o perdita di sensibilità
	F44.5	Con attacchi epilettiformi o convulsioni
	F44.4	Con debolezza o paralisi
	F44.4	Con movimento anomalo
	F44.7	Con sintomi misti
	F44.4	Con sintomi riguardanti la deglutizione
	F44.4	Con sintomi riguardanti l'eloquio
	F44.6	Con sintomi sensoriali specifici
300.6	F48.1	Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione
300.7	F45.22	Disturbo di dismorfismo corporeo
300.01	F41.0	Disturbo di panico
301.6	F60.7	Disturbo dipendente di personalità
301.89	F60.89	Disturbo di personalità con altra specificazione
301.9	F60.9	Disturbo di personalità senza specificazione
625.4	N94.3	Disturbo disforico premestruale
300.15	F44.89	Disturbo dissociativo con altra specificazione
300.14	F44.81	Disturbo dissociativo dell'identità
300.15	F44.9	Disturbo dissociativo senza specificazione
307.23	F95.2	Disturbo di Tourette
302.72	F52.21	Disturbo erettile
302.4	F65.2	Disturbo esibizionistico
312.34	F63.81	Disturbo esplosivo intermittente
301.82	F60.6	Disturbo evitante di personalità
307.59	F50.8	Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
302.81	F65.0	Disturbo feticistico
300.19	F68.10	Disturbo fittizio
315.39	F80.0	Disturbo fonetico-fonologico
302.89	F65.81	Disturbo frotteuristico
301.50	F60.4	Disturbo istrionico di personalità
300.9	F99	Disturbo mentale con altra specificazione
294.8	F06.8	Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica
294.9	F09	Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica senza specificazione
300.9	F99	Disturbo mentale senza specificazione
301.81	F60.81	Disturbo narcisistico di personalità
331.83	G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve a corpi di Lewy
331.83	G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a degenerazione frontotemporale
331.83	G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a eziologie molteplici

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
331.83	G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a infezione da HIV
331.83	G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattia di Alzheimer
331.83	G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattia di Huntington
331.83	G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattie da prioni
331.83	G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a morbo di Parkinson
331.83	G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a trauma cranico
331.83	G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a un'altra condizione medica
291.89		Disturbo neurocognitivo lieve indotto da alcol
	F10.288	Con disturbo da uso moderato o grave
	F10.988	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo neurocognitivo lieve indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
	F19.188	Con disturbo da uso lieve
	F19.288	Con disturbo da uso moderato o grave
	F19.988	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo neurocognitivo lieve indotto da inalanti
	F18.188	Con disturbo da uso lieve
	F18.288	Con disturbo da uso moderato o grave
	F18.988	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo neurocognitivo lieve indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
	F13.288	Con disturbo da uso moderato o grave
	F13.988	Senza disturbo da uso
		Disturbo neurocognitivo maggiore a possibili corpi di Lewy (*codificare prima* 331.82 [G31.83] malattia a corpi di Lewy)
		Disturbo neurocognitivo maggiore a probabili corpi di Lewy (*codificare prima* 331.82 [G31.83] malattia a corpi di Lewy)
294.11	F02.81	Con alterazione comportamentale
294.10	F02.80	Senza alterazione comportamentale
		Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici
294.11	F02.81	Con alterazione comportamentale
294.10	F02.80	Senza alterazione comportamentale
		Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a infezione da HIV (*codificare prima* 042 [B20] infezione da HIV)
294.11	F02.81	Con alterazione comportamentale
294.10	F02.80	Senza alterazione comportamentale
		Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Huntington (*codificare prima* 333.4 [G10] malattia di Huntington)
294.11	F02.81	Con alterazione comportamentale
294.10	F02.80	Senza alterazione comportamentale
		Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattie da prioni (*codificare prima* 046.79 [A81.9] malattie da prioni)
294.11	F02.81	Con alterazione comportamentale
294.10	F02.80	Senza alterazione comportamentale

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
		Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a possibile degenerazione frontotemporale (*codificare prima* 331.19 [G31.09] malattia frontotemporale)
		Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a possibile malattia di Alzheimer (*codificare prima* 331.0 [G30.9] malattia di Alzheimer)
		Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a probabile degenerazione frontotemporale (*codificare prima* 331.19 [G31.09] degenerazione frontotemporale)
294.11	F02.81	Con alterazione comportamentale
294.10	F02.80	Senza alterazione comportamentale
		Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a probabile malattia di Alzheimer (*codificare prima* 331.0 [G30.9] malattia di Alzheimer)
294.11	F02.81	Con alterazione comportamentale
294.10	F02.80	Senza alterazione comportamentale
		Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico (*codificare prima* 907.0 effetto tardivo di lesione intracranica - senza frattura della teca cranica [S06.2X9S trauma cranico diffuso con perdita di coscienza di durata non specifica, sequele])
294.11	F02.81	Con alterazione comportamentale
294.10	F02.80	Senza alterazione comportamentale
		Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica
294.11	F02.81	Con alterazione comportamentale
294.10	F02.80	Senza alterazione comportamentale
291.1		Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da alcol, Tipo amnestico confabulatorio
	F10.26	Con disturbo da uso moderato o grave
	F10.96	Senza disturbo da uso
291.2		Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da alcol, Tipo non amnestico confabulatorio
	F10.27	Con disturbo da uso moderato o grave
	F10.97	Senza disturbo da uso
292.82		Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
	F19.17	Con disturbo da uso lieve
	F19.27	Con disturbo da uso moderato o grave
	F19.97	Senza disturbo da uso
292.82		Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da inalanti
	F18.17	Con disturbo da uso lieve
	F18.27	Con disturbo da uso moderato o grave
	F18.97	Senza disturbo da uso
292.82		Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
	F13.27	Con disturbo da uso moderato o grave
	F13.97	Senza disturbo da uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
		Disturbo neurocognitivo maggiore o disturbo neurocognitivo lieve indotto da sostanze/farmaci (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
		Disturbo neurocognitivo maggiore possibilmente dovuto a malattia vascolare
		Disturbo neurocognitivo maggiore possibilmente dovuto a morbo di Parkinson (*codificare prima* 332.0 [G20] morbo di Parkinson)
		Disturbo neurocognitivo maggiore probabilmente dovuto a malattia vascolare
290.40	F01.51	Con alterazione comportamentale
290.40	F01.50	Senza alterazione comportamentale
		Disturbo neurocognitivo maggiore probabilmente dovuto a morbo di Parkinson (*codificare prima* 332.0 [G20] morbo di Parkinson)
294.11	F02.81	Con alterazione comportamentale
294.10	F02.80	Senza alterazione comportamentale
799.59	R41.9	Disturbo neurocognitivo senza specificazione
331.83	G31.84	Disturbo neurocognitivo vascolare lieve
313.81	F91.3	Disturbo oppositivo provocatorio
300.3	F42	Disturbo ossessivo-compulsivo
301.4	F60.5	Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità
300.3	F42	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione
294.8	F06.8	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica
292.89		Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
	F19.188	Con disturbo da uso lieve
	F19.288	Con disturbo da uso moderato o grave
	F19.988	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
	F15.188	Con disturbo da uso lieve
	F15.288	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.988	Senza disturbo da uso
292.89		Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da cocaina
	F14.188	Con disturbo da uso lieve
	F14.288	Con disturbo da uso moderato o grave
	F14.988	Senza disturbo da uso
		Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
300.3	F42	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
302.89	F65.89	Disturbo parafilico con altra specificazione
302.9	F65.9	Disturbo parafilico senza specificazione
301.0	F60.0	Disturbo paranoide di personalità
302.2	F65.4	Disturbo pedofilico
292.89	F16.983	Disturbo percettivo persistente da allucinogeni
307.22	F95.1	Disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali
298.8	F23	Disturbo psicotico breve
292.9		Disturbo psicotico da altra (o sconosciuta) sostanza
	F19.159	Con disturbo da uso lieve
	F19.259	Con disturbo da uso moderato o grave
	F19.959	Senza disturbo da uso
		Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica
293.82	F06.0	Con allucinazioni
293.81	F06.2	Con deliri
291.9		Disturbo psicotico indotto da alcol
	F10.159	Con disturbo da uso lieve
	F10.259	Con disturbo da uso moderato o grave
	F10.959	Senza disturbo da uso
292.9		Disturbo psicotico indotto da altri allucinogeni
	F16.159	Con disturbo da uso lieve
	F16.259	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.959	Senza disturbo da uso
292.9		Disturbo psicotico indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
	F15.159	Con disturbo da uso lieve
	F15.259	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.959	Senza disturbo da uso
292.9		Disturbo psicotico indotto da cannabis
	F12.159	Con disturbo da uso lieve
	F12.259	Con disturbo da uso moderato o grave
	F12.959	Senza disturbo da uso
292.9		Disturbo psicotico indotto da cocaina
	F14.159	Con disturbo da uso lieve
	F14.259	Con disturbo da uso moderato o grave
	F14.959	Senza disturbo da uso
292.9		Disturbo psicotico indotto da fenciclidina
	F16.159	Con disturbo da uso lieve
	F16.259	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.959	Senza disturbo da uso
292.9		Disturbo psicotico indotto da inalanti
	F18.159	Con disturbo da uso lieve
	F18.259	Con disturbo da uso moderato o grave
	F18.959	Senza disturbo da uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
292.9		Disturbo psicotico indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
	F13.159	Con disturbo da uso lieve
	F13.259	Con disturbo da uso moderato o grave
	F13.959	Senza disturbo da uso
		Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci (*per i codici, si vedano le specifiche sostanze*)
313.89	F94.1	Disturbo reattivo dell'attaccamento
		Disturbo schizoaffettivo
295.70	F25.0	Tipo bipolare
295.70	F25.1	Tipo depressivo
295.40	F20.81	Disturbo schizofreniforme
301.20	F60.1	Disturbo schizoide di personalità
301.22	F21	Disturbo schizotipico di personalità
		Disturbo specifico dell'apprendimento
315.1	F81.2	Con compromissione del calcolo
315.2	F81.81	Con compromissione dell'espressione scritta
315.00	F81.0	Con compromissione della lettura
307.21	F95.0	Disturbo transitorio da tic
302.82	F65.3	Disturbo voyeuristico
V61.29	Z62.898	Effetti negativi del disagio relazionale dei genitori sul bambino
302.75	F52.4	Eiaculazione precoce
302.74	F52.32	Eiaculazione ritardata
307.7	F98.1	Encopresi
307.6	F98.0	Enuresi
V62.4	Z60.4	Esclusione o rifiuto sociali
V62.22	Z65.5	Esposizione a calamità, guerra o altri eventi avversi
316	F54	Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche
		Fobia specifica
300.29	F40.298	Altro
300.29	F40.228	Ambiente naturale
300.29	F40.218	Animale
300.29		Sangue-iniezioni-ferite
	F40.233	Paura delle ferite
	F40.231	Paura delle iniezioni e delle trasfusioni
	F40.230	Paura del sangue
	F40.232	Paura di altre cure mediche
300.29	F40.248	Situazionale
V62.89	R41.83	Funzionamento intellettivo borderline
V63.9	Z75.3	Indisponibilità o inaccessibilità delle strutture sanitarie
V63.8	Z75.4	Indisponibilità o inaccessibilità di altre agenzie di aiuto
303.00		Intossicazione da alcol
	F10.129	Con disturbo da uso lieve
	F10.229	Con disturbo da uso moderato o grave
	F10.929	Senza disturbo da uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
292.89		Intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza
	F19.129	Con disturbo da uso lieve
	F19.229	Con disturbo da uso moderato o grave
	F19.929	Senza disturbo da uso
292.89		Intossicazione da altri allucinogeni
	F16.129	Con disturbo da uso lieve
	F16.229	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.929	Senza disturbo da uso
292.89		Intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti)
		Intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti), Con alterazioni percettive
	F15.122	Con disturbo da uso lieve
	F15.222	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.922	Senza disturbo da uso
		Intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti), Senza alterazioni percettive
	F15.129	Con disturbo da uso lieve
	F15.229	Con disturbo da uso moderato o grave
	F15.929	Senza disturbo da uso
305.90	F15.929	Intossicazione da caffeina
292.89		Intossicazione da cannabis
		Intossicazione da cannabis, Con alterazioni percettive
	F12.122	Con disturbo da uso lieve
	F12.222	Con disturbo da uso moderato o grave
	F12.922	Senza disturbo da uso
		Intossicazione da cannabis, Senza alterazioni percettive
	F12.129	Con disturbo da uso lieve
	F12.229	Con disturbo da uso moderato o grave
	F12.929	Senza disturbo da uso
292.89		Intossicazione da cocaina
		Intossicazione da cocaina, Con alterazioni percettive
	F14.122	Con disturbo da uso lieve
	F14.222	Con disturbo da uso moderato o grave
	F14.922	Senza disturbo da uso
		Intossicazione da cocaina, Senza alterazioni percettive
	F14.129	Con disturbo da uso lieve
	F14.229	Con disturbo da uso moderato o grave
	F14.929	Senza disturbo da uso
292.89		Intossicazione da fenciclidina
	F16.129	Con disturbo da uso lieve
	F16.229	Con disturbo da uso moderato o grave
	F16.929	Senza disturbo da uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
292.89		Intossicazione da inalanti
	F18.129	Con disturbo da uso lieve
	F18.229	Con disturbo da uso moderato o grave
	F18.929	Senza disturbo da uso
292.89		Intossicazione da oppiacei
		Intossicazione da oppiacei, Con alterazioni percettive
	F11.122	Con disturbo da uso lieve
	F11.222	Con disturbo da uso moderato o grave
	F11.922	Senza disturbo da uso
		Intossicazione da oppiacei, Senza alterazioni percettive
	F11.129	Con disturbo da uso lieve
	F11.229	Con disturbo da uso moderato o grave
	F11.929	Senza disturbo da uso
292.89		Intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici
	F13.129	Con disturbo da uso, lieve
	F13.229	Con disturbo da uso, moderato o grave
	F13.929	Senza disturbo da uso
		Intossicazione da stimolanti (*per i codici specifici, si veda l'intossicazione da amfetamine o cocaina*)
		Ipoventilazione correlata al sonno
327.25	G47.35	Ipoventilazione alveolare centrale congenita
327.26	G47.36	Ipoventilazione correlata al sonno in comorbidità
327.24	G47.34	Ipoventilazione idiopatica
V62.82	Z63.4	Lutto non complicato
V60.2	Z59.4	Mancanza di cibo e acqua potabile
V15.81	Z91.19	Mancata aderenza al trattamento medico
310.1	F07.0	Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica
313.23	F94.0	Mutismo selettivo
		Narcolessia
347.00	G47.419	Atassia cerebellare autosomica dominante, sordità e narcolessia
347.00	G47.419	Narcolessia autosomica dominante, obesità e diabete tipo 2
347.01	G47.411	Narcolessia con cataplessia ma senza carenza di ipocretina
347.10	G47.429	Narcolessia secondaria a un'altra condizione medica
347.00	G47.419	Narcolessia senza cataplessia ma con carenza di ipocretina
V62.4	Z60.5	Oggetto di (percepita) discriminazione o persecuzione
332.1	G21.19	Parkinsonismo indotto da altri farmaci
332.1	G21.11	Parkinsonismo indotto da neurolettici
307.52		Pica
	F50.8	Negli adulti
	F98.3	Nei bambini
312.33	F63.1	Piromania

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
V60.2	Z59.5	Povertà estrema
V62.9	Z60.9	Problema correlato all'ambiente sociale senza specificazione
V62.21	Z56.82	Problema correlato all'appartenenza a un contingente militare dislocato lontano da casa
V60.3	Z60.2	Problema correlato al vivere da soli
V62.89	Z60.0	Problema relativo alla specifica fase di vita
V62.3	Z55.9	Problema relativo all'istruzione
V61.20	Z62.820	Problema relazionale genitore-bambino
V61.8	Z62.891	Problema relazionale tra fratelli
V62.89	Z65.8	Problema religioso o spirituale
V60.9	Z59.9	Problemi abitativi ed economici senza specificazione
V62.9	Z65.9	Problemi correlati a circostanze psicosociali senza specificazione
V62.5	Z65.3	Problemi correlati ad altre circostanze giudiziarie
V61.7	Z64.0	Problemi correlati a gravidanza indesiderata
V69.9	Z72.9	Problemi correlati allo stile di vita
V62.5	Z65.2	Problemi correlati al rilascio dal carcere
V60.6	Z59.3	Problemi correlati al vivere in un'istituzione residenziale
V61.5	Z64.1	Problemi correlati a multiparità
V62.5	Z65.1	Reclusione o altra limitazione della libertà
315.8	F88	Ritardo globale dello sviluppo
295.90	F20.9	Schizofrenia
V60.0	Z59.0	Senzatetto
V65.2	Z76.5	Simulazione di malattia
		Sindrome da discontinuità degli antidepressivi
995.29	T43.205D	Interventi successivi
995.29	T43.205A	Primo intervento
995.29	T43.205S	Sequele
333.94	G25.81	Sindrome delle gambe senza riposo
333.92	G21.0	Sindrome maligna da neurolettici
278.00	E66.9	Sovrappeso e obesità
		Specificatore dell'attacco di panico
V62.22	Z91.82	Storia personale di appartenenza a contingenti militari dislocati lontano da casa
V15.59	Z91.5	Storia personale di autolesività
		Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Confermata
995.85	T74.01XD	Interventi successivi
995.85	T74.01XA	Primo intervento
		Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Sospetta
995.85	T76.01XD	Interventi successivi
995.85	T76.01XA	Primo intervento
		Trascuratezza infantile, Confermata
995.52	T74.02XD	Interventi successivi
995.52	T74.02XA	Primo intervento

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
		Trascuratezza infantile, Sospetta
995.52	T76.02XD	Interventi successivi
995.52	T76.02XA	Primo intervento
333.1	G25.1	Tremore posturale indotto da farmaci
312.39	F63.3	Tricotillomania (Disturbo da strappamento di peli)
V40.31	Z91.83	Vagabondaggio associato a un disturbo mentale
		Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Confermata
995.81	T74.11XD	Interventi successivi
995.81	T74.11XA	Primo intervento
		Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Sospetta
995.81	T76.11XD	Interventi successivi
995.81	T76.11XA	Primo intervento
		Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Confermata
995.83	T74.21XD	Interventi successivi
995.83	T74.21XA	Primo intervento
		Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Sospetta
995.83	T76.21XD	Interventi successivi
995.83	T76.21XA	Primo intervento
V62.89	Z65.4	Vittima di crimine
V62.89	Z65.4	Vittima di terrorismo o tortura

Elenco numerico delle diagnosi del DSM-5 e dei codici ICD-9-CM

Negli Stati Uniti, fino al 30 settembre 2014 devono essere utilizzati i codici ICD-9-CM.

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
278.00	Sovrappeso e obesità
290.40	Disturbo neurocognitivo maggiore possibilmente dovuto a malattia vascolare, Con alterazione comportamentale
290.40	Disturbo neurocognitivo maggiore possibilmente dovuto a malattia vascolare, Senza alterazione comportamentale
290.40	Disturbo neurocognitivo maggiore probabilmente dovuto a malattia vascolare, Con alterazione comportamentale
290.40	Disturbo neurocognitivo maggiore probabilmente dovuto a malattia vascolare, Senza alterazione comportamentale
291.0	Delirium da astinenza da alcol
291.0	Delirium da intossicazione da alcol
291.1	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da alcol, Tipo amnestico confabulatorio
291.2	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da alcol, Tipo non amnestico confabulatorio
291.81	Astinenza da alcol
291.82	Disturbo del sonno indotto da alcol
291.89	Disfunzione sessule indotta da alcol
291.89	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da alcol
291.89	Disturbo d'ansia indotto da alcol
291.89	Disturbo depressivo indotto da alcol
291.89	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da alcol
291.9	Disturbo correlato all'alcol senza specificazione
291.9	Disturbo psicotico indotto da alcol
292.0	Astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza
292.0	Astinenza da amfetamine (o altri stimolanti)
292.0	Astinenza da caffeina
292.0	Astinenza da cannabis

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
292.0	Astinenza da cocaina
292.0	Astinenza da oppiacei
292.0	Astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici
292.0	Astinenza da tabacco
292.0	Delirium da astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza
292.0	Delirium da astinenza da oppiacei
292.0	Delirium da astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici
292.81	Delirium da intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza
292.81	Delirium da intossicazione da altri allucinogeni
292.81	Delirium da intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti)
292.81	Delirium da intossicazione da cannabis
292.81	Delirium da intossicazione da cocaina
292.81	Delirium da intossicazione da fenciclidina
292.81	Delirium da intossicazione da inalanti
292.81	Delirium da intossicazione da oppiacei
292.81	Delirium da intossicazione indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
292.81	Delirium indotto da farmaci
292.82	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
292.82	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da inalanti
292.82	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
292.84	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
292.84	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da altri allucinogeni
292.84	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
292.84	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da cocaina
292.84	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da fenciclidina
292.84	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
292.84	Disturbo depressivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
292.84	Disturbo depressivo indotto da altri allucinogeni
292.84	Disturbo depressivo indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
292.84	Disturbo depressivo indotto da cocaina
292.84	Disturbo depressivo indotto da fenciclidina
292.84	Disturbo depressivo indotto da inalanti
292.84	Disturbo depressivo indotto da oppiacei
292.84	Disturbo depressivo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
292.85	Disturbo del sonno indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
292.85	Disturbo del sonno indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
292.85	Disturbo del sonno indotto da caffeina
292.85	Disturbo del sonno indotto da cannabis
292.85	Disturbo del sonno indotto da cocaina
292.85	Disturbo del sonno indotto da oppiacei
292.85	Disturbo del sonno indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
292.85	Disturbo del sonno indotto da tabacco

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
292.89	Disfunzione sessuale indotta da amfetamine (o altri stimolanti)
292.89	Disfunzione sessuale indotta da cocaina
292.89	Disfunzione sessuale indotta da oppiacei
292.89	Disfunzione sessuale indotta da altra (o sconosciuta) sostanza
292.89	Disfunzione sessuale indotta da sedativi, ipnotici o ansiolitici
292.89	Disturbo d'ansia indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
292.89	Disturbo d'ansia indotto da altri allucinogeni
292.89	Disturbo d'ansia indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
292.89	Disturbo d'ansia indotto da caffeina
292.89	Disturbo d'ansia indotto da cannabis
292.89	Disturbo d'ansia indotto da cocaina
292.89	Disturbo d'ansia indotto da fenciclidina
292.89	Disturbo d'ansia indotto da inalanti
292.89	Disturbo d'ansia indotto da oppiacei
292.89	Disturbo d'ansia indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
292.89	Disturbo da intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza
292.89	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
292.89	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da inalanti
292.89	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
292.89	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
292.89	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
292.89	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da cocaina
292.89	Disturbo percettivo persistente da allucinogeni
292.89	Intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza
292.89	Intossicazione da altri allucinogeni
292.89	Intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti)
292.89	Intossicazione da cannabis
292.89	Intossicazione da cocaina
292.89	Intossicazione da fenciclidina
292.89	Intossicazione da inalanti
292.89	Intossicazione da oppiacei
292.89	Intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici
292.9	Disturbo correlato ad altra (o sconosciuta) sostanza senza specificazione
292.9	Disturbo correlato agli allucinogeni senza specificazione
292.9	Disturbo correlato agli inalanti senza specificazione
292.9	Disturbo correlato agli oppiacei senza specificazione
292.9	Disturbo correlato agli stimolanti senza specificazione
292.9	Disturbo correlato alla caffeina senza specificazione
292.9	Disturbo correlato alla cannabis senza specificazione
292.9	Disturbo correlato alla fenciclidina senza specificazione

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
292.9	Disturbo correlato al tabacco senza specificazione
292.9	Disturbo correlato a sedativi, ipnotici o ansiolitici senza specificazione
292.9	Disturbo psicotico indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
292.9	Disturbo psicotico indotto da altri allucinogeni
292.9	Disturbo psicotico indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
292.9	Disturbo psicotico indotto da cannabis
292.9	Disturbo psicotico indotto da cocaina
292.9	Disturbo psicotico indotto da fenciclidina
292.9	Disturbo psicotico indotto da inalanti
292.9	Disturbo psicotico indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
293.0	Delirium dovuto a eziologie molteplici
293.0	Delirium dovuto a un'altra condizione medica
293.82	Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica, Con allucinazioni
293.81	Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica, Con deliri
293.83	Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica
293.83	Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica
293.84	Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica
293.89	Catatonia associata a un altro disturbo mentale (specificatore della catatonia)
293.89	Catatonia senza specificazione (*codificare prima* 781.99 [R29.818] altri sintomi che coinvolgono i sistemi nervoso e muscoloscheletrico)
293.89	Disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore a possibili corpi di Lewy (*codificare prima* 331.82 malattia a corpi di Lewy)
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore a probabili corpi di Lewy, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* 331.82 malattia a corpi di Lewy)
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici, Senza alterazione comportamentale
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a infezione da HIV, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* 042 infezione da HIV)
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Huntington, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* 333.4 malattia di Huntington)
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattie da prioni, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* 046.79 malattia da prioni)
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a possibile degenerazione frontotemporale, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* 331.19 malattia frontotemporale)
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a possibile malattia di Alzheimer, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 331.10 malattia di Alzheimer)
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a probabile degenerazione frontotemporale, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* 331.19 degenerazione frontotemporale)
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a probabile malattia di Alzheimer, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* 331.0 malattia di Alzheimer)

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* 907.0 effetto tardivo di lesione intracranica senza frattura della teca cranica)
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica, Senza alterazione comportamentale
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore possibilmente dovuto a morbo di Parkinson, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* 332.0 morbo di Parkinson)
294.10	Disturbo neurocognitivo maggiore probabilmente dovuto a morbo di Parkinson, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* 332.0 morbo di Parkinson)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore a possibili corpi di Lewy, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 331.82 malattia a corpi di Lewy)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore a probabili corpi di Lewy, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 331.82 malattia a corpi di Lewy)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici, Con alterazione comportamentale
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a infezione da HIV, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 042 infezione da HIV)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Huntington, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 333.4 malattia di Huntington)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattie da prioni, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 046.79 malattia da prioni)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a possibile degenerazione frontotemporale, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 331.19 malattia frontotemporale)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a possibile malattia di Alzheimer, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 331.0 malattia di Alzheimer)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a probabile degenerazione frontotemporale, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 331.19 degenerazione frontotemporale)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a probabile malattia di Alzheimer, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 331.0 malattia di Alzheimer)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 907.0 effetto tardivo di lesione intracranica senza frattura della teca cranica)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica, Con alterazione comportamentale
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore possibilmente dovuto a morbo di Parkinson, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 332.0 morbo di Parkinson)
294.11	Disturbo neurocognitivo maggiore probabilmente dovuto a morbo di Parkinson, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* 332.0 morbo di Parkinson)
294.8	Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
294.8	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica
294.9	Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica senza specificazione
295.40	Disturbo schizofreniforme
295.70	Disturbo schizoaffettivo, Tipo bipolare
295.70	Disturbo schizoaffettivo, Tipo depressivo
295.90	Schizofrenia
296.20	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, Non specificato
296.21	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, Lieve
296.22	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, Moderato
296.23	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, Grave
296.24	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, Con caratteristiche psicotiche
296.25	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, In remissione parziale
296.26	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, In remissione completa
296.30	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, Non specificato
296.31	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, Lieve
296.32	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, Moderato
296.33	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, Grave
296.34	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, Con caratteristiche psicotiche
296.35	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, In remissione parziale
296.36	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, In remissione completa
296.40	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio ipomaniacale, Non specificato
296.40	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio ipomaniacale
296.40	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, Non specificato
296.41	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, Lieve
296.42	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, Moderato
296.43	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, Grave
296.44	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, Con caratteristiche psicotiche
296.45	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio ipomaniacale, In remissione parziale
296.45	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, In remissione parziale
296.46	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio ipomaniacale, In remissione completa
296.46	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, In remissione completa
296.50	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, Non specificato
296.51	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, Lieve
296.52	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, Moderato

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
296.53	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, Grave
296.54	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, Con caratteristiche psicotiche
296.55	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, In remissione parziale
296.56	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, In remissione completa
296.7	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio non specificato
296.80	Disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione
296.89	Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione
296.89	Disturbo bipolare II
296.99	Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
297.1	Disturbo delirante
298.8	Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione
298.8	Disturbo psicotico breve
298.9	Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione
299.00	Disturbo dello spettro dell'autismo
300.00	Disturbo d'ansia senza specificazione
300.01	Disturbo di panico
300.02	Disturbo d'ansia generalizzata
300.09	Disturbo d'ansia con altra specificazione
300.11	Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali)
300.12	Amnesia dissociativa
300.13	Amnesia dissociativa, Con fuga dissociativa
300.14	Disturbo dissociativo dell'identità
300.15	Disturbo dissociativo con altra specificazione
300.15	Disturbo dissociativo senza specificazione
300.19	Disturbo fittizio
300.22	Agorafobia
300.23	Disturbo d'ansia sociale (Fobia sociale)
300.29	Fobia specifica, Altro
300.29	Fobia specifica, Ambiente naturale
300.29	Fobia specifica, Animale
300.29	Fobia specifica, Sangue-iniezioni-ferite
300.29	Fobia specifica, Situazionale
300.3	Disturbo da accumulo
300.3	Disturbo ossessivo-compulsivo
300.3	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione
300.3	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione
300.4	Disturbo depressivo persistente (Distimia)
300.6	Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
300.7	Disturbo da ansia di malattia
300.7	Disturbo di dismorfismo corporeo
300.82	Disturbo da sintomi somatici
300.82	Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione
300.89	Disturbo da sintomi somatici e disturbo correlati con altra specificazione
300.9	Disturbo mentale con altra specificazione
300.9	Disturbo mentale senza specificazione
301.0	Disturbo paranoide di personalità
301.13	Disturbo ciclotimico
301.20	Disturbo schizoide di personalità
301.22	Disturbo schizotipico di personalità
301.4	Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità
301.50	Disturbo istrionico di personalità
301.6	Disturbo dipendente di personalità
301.7	Disturbo antisociale di personalità
301.81	Disturbo narcisistico di personalità
301.82	Disturbo evitante di personalità
301.83	Disturbo borderline di personalità
301.89	Disturbo di personalità con altra specificazione
301.9	Disturbo di personalità senza specificazione
302.2	Disturbo pedofilico
302.3	Disturbo da travestitismo
302.4	Disturbo esibizionistico
302.6	Disforia di genere con altra specificazione
302.6	Disforia di genere nei bambini
302.6	Disforia di genere senza specificazione
302.70	Disfunzione sessuale senza specificazione
302.71	Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile
302.72	Disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile
302.72	Disturbo erettile
302.73	Disturbo dell'orgasmo femminile
302.74	Eiaculazione ritardata
302.75	Eiaculazione precoce
302.76	Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione
302.79	Disfunzione sessuale con altra specificazione
302.81	Disturbo feticistico
302.82	Disturbo voyeuristico
302.83	Disturbo da masochismo sessuale
302.84	Disturbo da sadismo sessuale
302.85	Disforia di genere negli adolescenti e negli adulti
302.89	Disturbo frotteuristico
302.89	Disturbo parafilico con altra specificazione

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
302.9	Disturbo parafilico senza specificazione
303.00	Intossicazione da alcol
303.90	Disturbo da uso di alcol, Grave
303.90	Disturbo da uso di alcol, Moderato
304.00	Disturbo da uso di oppiacei, Grave
304.00	Disturbo da uso di oppiacei, Moderato
304.10	Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, Grave
304.10	Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, Moderato
304.20	Disturbo da uso di cocaina, Grave
304.20	Disturbo da uso di cocaina, Moderato
304.30	Disturbo da uso di cannabis, Grave
304.30	Disturbo da uso di cannabis, Moderato
304.40	Disturbo da uso di sostanze amfetaminosimili, Grave
304.40	Disturbo da uso di sostanze amfetaminosimili, Moderato
304.40	Disturbo da uso di stimolante altro o non specificato, Grave
304.40	Disturbo da uso di stimolante altro o non specificato, Moderato
304.50	Disturbo da uso di altri allucinogeni, Grave
304.50	Disturbo da uso di altri allucinogeni, Moderato
304.60	Disturbo da uso di fenciclidina, Grave
304.60	Disturbo da uso di fenciclidina, Moderato
304.60	Disturbo da uso di inalanti, Grave
304.60	Disturbo da uso di inalanti, Moderato
304.90	Disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza, Grave
304.90	Disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza, Moderato
305.00	Disturbo da uso di alcol, Lieve
305.1	Disturbo da uso di tabacco, Grave
305.1	Disturbo da uso di tabacco, Lieve
305.1	Disturbo da uso di tabacco, Moderato
305.20	Disturbo da uso di cannabis, Lieve
305.30	Disturbo da uso di altri allucinogeni, Lieve
305.40	Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, Lieve
305.50	Disturbo da uso di oppiacei, Lieve
305.60	Disturbo da uso di cocaina, Lieve
305.70	Disturbo da uso di sostanze amfetaminosimili, Lieve
305.70	Disturbo da uso di stimolante altro o non specificato, Lieve
305.90	Disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza, Lieve
305.90	Disturbo da uso di fenciclidina, Lieve
305.90	Disturbo da uso di inalanti, Lieve
305.90	Intossicazione da caffeina
307.0	Disturbo della fluenza con esordio nell'età adulta
307.1	Anoressia nervosa
307.20	Disturbo da tic con altra specificazione

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
307.20	Disturbo da tic senza specificazione
307.21	Disturbo transitorio da tic
307.22	Disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali
307.23	Disturbo di Tourette
307.3	Disturbo da movimento stereotipato
307.42	Disturbo da insonnia
307.44	Disturbo da ipersonnolenza
307.45	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo fase di sonno anticipata
307.45	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo fase di sonno ritardata
307.45	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo lavoro con turni
307.45	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo non specificato
307.45	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore
307.45	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo ritmo sonno-veglia irregolare
307.46	Disturbi dell'arousal del sonno non-REM, Tipo sonnambulismo
307.46	Disturbi dell'arousal del sonno non-REM, Tipo terrore nel sonno
307.47	Disturbo da incubi
307.50	Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione
307.51	Bulimia nervosa
307.51	Disturbo da binge-eating
307.52	Pica
307.53	Disturbo da ruminazione
307.59	Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione
307.59	Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
307.6	Enuresi
307.7	Encopresi
307.9	Disturbo della comunicazione senza specificazione
308.3	Disturbo da stress acuto
309.0	Disturbi dell'adattamento, Con umore depresso
309.21	Disturbo d'ansia di separazione
309.24	Disturbi dell'adattamento, Con ansia
309.28	Disturbi dell'adattamento, Con ansia e umore depresso misti
309.3	Disturbi dell'adattamento, Con alterazione della condotta
309.4	Disturbi dell'adattamento, Con alterazione mista dell'emotività e della condotta
309.81	Disturbo da stress post-traumatico
309.89	Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione
309.9	Disturbi dell'adattamento, Non specificati
309.9	Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti senza specificazione
310.1	Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica
311	Disturbo depressivo con altra specificazione
311	Disturbo depressivo senza specificazione

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
312.31	Disturbo da gioco d'azzardo
312.32	Cleptomania
312.33	Piromania
312.34	Disturbo esplosivo intermittente
312.39	Tricotillomania (Disturbo da strappamento di peli)
312.81	Disturbo della condotta, Tipo con esordio nell'infanzia
312.82	Disturbo della condotta, Tipo con esordio nell'adolescenza
312.89	Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione
312.89	Disturbo della condotta, esordio non specificato
312.9	Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta senza specificazione
313.23	Mutismo selettivo
313.81	Disturbo oppositivo provocatorio
313.89	Disturbo da impegno sociale disinibito
313.89	Disturbo reattivo dell'attaccamento
314.00	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, manifestazione con disattenzione predominante
314.01	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, manifestazione combinata
314.01	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, manifestazione con iperattività/impulsività predominanti
314.01	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altra specificazione
314.01	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività senza specificazione
315.00	Disturbo specifico dell'apprendimento, Con compromissione della lettura
315.1	Disturbo specifico dell'apprendimento, Con compromissione del calcolo
315.2	Disturbo specifico dell'apprendimento, Con compromissione dell'espressione scritta
315.32	Disturbo del linguaggio
315.35	Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (Balbuzie)
315.39	Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)
315.39	Disturbo fonetico-fonologico
315.4	Disturbo dello sviluppo della coordinazione
315.8	Disturbo del neurosviluppo con altra specificazione
315.8	Ritardo globale dello sviluppo
315.9	Disturbo del neurosviluppo senza specificazione
316	Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche
317	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo), Lieve
318.0	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo), Moderata
318.1	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo), Grave
318.2	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo), Estrema
319	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo) senza specificazione
327.21	Apnea centrale del sonno, Apnea centrale idiopatica del sonno
327.23	Apnea/ipopnea ostruttiva del sonno

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
327.24	Ipoventilazione correlata al sonno, Ipoventilazione idiopatica
327.25	Ipoventilazione correlata al sonno, Ipoventilazione alveolare centrale congenita
327.26	Ipoventilazione correlata al sonno, Ipoventilazione correlata al sonno in comorbidità
327.42	Disturbo comportamentale del sonno REM
331.83	Disturbo neurocognitivo lieve a corpi di Lewy
331.83	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a degenerazione frontotemporale
331.83	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a eziologie molteplici
331.83	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a infezioni da HIV
331.83	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattia di Alzheimer
331.83	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattia di Huntington
331.83	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattie da prioni
331.83	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a morbo di Parkinson
331.83	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a trauma cranico
331.83	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a un'altra condizione medica
331.83	Disturbo neurocognitivo vascolare lieve
332.1	Parkinsonismo indotto da altri farmaci
332.1	Parkinsonismo indotto da neurolettici
333.1	Tremore posturale indotto da farmaci
333.72	Distonia acuta indotta da farmaci
333.72	Distonia tardiva
333.85	Discinesia tardiva
333.92	Sindrome maligna da neurolettici
333.94	Sindrome delle gambe senza riposo
333.99	Acatisia acuta indotta da farmaci
333.99	Acatisia tardiva
333.99	Altri disturbi del movimento indotti da farmaci
347.00	Atassia cerebellare autosomica dominante, sordità e narcolessia
347.00	Narcolessia autosomica dominante, obesità e diabete tipo 2
347.00	Narcolessia senza cataplessia ma con carenza di ipocretina
347.01	Narcolessia con cataplessia ma senza carenza di ipocretina
347.10	Narcolessia secondaria a un'altra condizione medica
625.4	Disturbo disforico premestruale
698.4	Disturbo da escoriazione (Stuzzicamento della pelle)
780.09	Delirium con altra specificazione
780.09	Delirium senza specificazione
780.52	Disturbo da insonnia con altra specificazione
780.52	Disturbo da insonnia senza specificazione
780.54	Disturbo da ipersonnolenza con altra specificazione
780.54	Disturbo da ipersonnolenza senza specificazione
780.57	Apnea centrale del sonno, Apnea centrale del sonno in comorbidità con uso di oppiacei

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
780.59	Disturbo del sonno-veglia con altra specificazione
780.59	Disturbo del sonno-veglia senza specificazione
786.04	Apnea centrale del sonno, Respiro di Cheyne-Stokes
787.60	Disturbo dell'evacuazione con altra specificazione, Con sintomi fecali
787.60	Disturbo dell'evacuazione senza specificazione, Con sintomi fecali
788.30	Disturbo dell'evacuazione senza specificazione, Con sintomi urinari
788.39	Disturbo dell'evacuazione con altra specificazione, Con sintomi urinari
799.59	Disturbo neurocognitivo senza specificazione
995.20	Altre reazioni avverse ai farmaci, Interventi successivi
995.20	Altre reazioni avverse ai farmaci, Primo intervento
995.20	Altre reazioni avverse ai farmaci, Sequele
995.29	Sindrome da discontinuità degli antidepressivi, Interventi successivi
995.29	Sindrome da discontinuità degli antidepressivi, Primo intervento
995.29	Sindrome da discontinuità degli antidepressivi, Sequele
995.51	Abuso psicologico infantile, Confermato, Interventi successivi
995.51	Abuso psicologico infantile, Confermato, Primo intervento
995.51	Abuso psicologico infantile, Sospetto, Interventi successivi
995.51	Abuso psicologico infantile, Sospetto, Primo intervento
995.52	Trascuratezza infantile, Confermata, Interventi successivi
995.52	Trascuratezza infantile, Confermata, Primo intervento
995.52	Trascuratezza infantile, Sospetta, Interventi successivi
995.52	Trascuratezza infantile, Sospetta, Primo intervento
995.53	Abuso sessuale infantile, Confermato, Interventi successivi
995.53	Abuso sessuale infantile, Confermato, Primo intervento
995.53	Abuso sessuale infantile, Sospetto, Interventi successivi
995.53	Abuso sessuale infantile, Sospetto, Primo intervento
995.54	Abuso fisico infantile, Confermato, Interventi successivi
995.54	Abuso fisico infantile, Confermato, Primo intervento
995.54	Abuso fisico infantile, Sospetto, Interventi successivi
995.54	Abuso fisico infantile, Sospetto, Primo intervento
995.81	Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Interventi successivi
995.81	Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Primo intervento
995.81	Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Interventi successivi
995.81	Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Primo intervento
995.81	Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Interventi successivi
995.81	Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Primo intervento
995.81	Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Interventi successivi

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
995.81	Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Primo intervento
995.82	Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Interventi successivi
995.82	Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Primo intervento
995.82	Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Interventi successivi
995.82	Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Primo intervento
995.82	Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Confermato, Interventi successivi
995.82	Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Confermato, Primo intervento
995.82	Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Sospetto, Interventi successivi
995.82	Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Sospetto, Primo intervento
995.83	Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Interventi successivi
995.83	Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Primo intervento
995.83	Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Interventi successivi
995.83	Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Primo intervento
995.83	Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Interventi successivi
995.83	Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Primo intervento
995.83	Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Interventi successivi
995.83	Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Primo intervento
995.85	Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Interventi successivi
995.85	Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Primo intervento
995.85	Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Interventi successivi
995.85	Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Primo intervento
V15.41	Storia personale (pregressa) di abusi fisici nell'infanzia
V15.41	Storia personale (pregressa) di abusi sessuali nell'infanzia
V15.41	Storia personale (pregressa) di violenza fisica da parte del/della coniuge o del/della partner

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
V15.41	Storia personale (pregressa) di violenza sessuale da parte del/della coniuge o del/della partner
V15.42	Storia personale (pregressa) di abuso psicologico da parte del/della coniuge o del/della partner
V15.42	Storia personale (pregressa) di abuso psicologico nell'infanzia
V15.42	Storia personale (pregressa) di trascuratezza da parte del/della coniuge o del/della partner
V15.42	Storia personale (pregressa) di trascuratezza nell'infanzia
V15.49	Altra storia personale di trauma psicologico
V15.59	Storia personale di autolesività
V15.81	Mancata aderenza al trattamento medico
V15.89	Altri fattori di rischio personale
V40.31	Vagabondaggio associato a un disturbo mentale
V60.0	Senzatetto
V60.1	Abitazione inadeguata
V60.2	Assicurazione o supporto dei sussidi pubblici insufficienti
V60.2	Basso reddito
V60.2	Mancanza di cibo e acqua potabile
V60.2	Povertà estrema
V60.3	Problema correlato al vivere da soli
V60.6	Problemi correlati al vivere in un'istituzione residenziale
V60.89	Conflitti con vicinato, inquilino o padrone di casa
V60.9	Problemi abitativi ed economici senza specificazione
V61.03	Disgregazione della famiglia a causa di separazione o divorzio
V61.10	Disagio relazionale con il/la coniuge o con il/la partner
V61.11	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico da parte del/della coniuge o del/della partner
V61.11	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza da parte del/della coniuge o del/della partner
V61.11	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di violenza fisica da parte del/della coniuge o del/della partner
V61.11	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di violenza sessuale da parte del/della coniuge o del/della partner
V61.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso psicologico sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
V61.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di trascuratezza sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
V61.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di violenza fisica sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
V61.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di violenza sessuale sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
V61.20	Problema relazionale genitore-bambino
V61.21	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso infantile da parte di individui diversi dai gentori

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
V61.21	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso infantile da parte di un genitore
V61.21	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico infantile da parte di individui diversi dai genitori
V61.21	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico infantile da parte di un genitore
V61.21	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso sessuale infantile da parte di individui diversi dai genitori
V61.21	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso sessuale infantile da parte di un genitore
V61.21	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza infantile da parte di individui diversi dai genitori
V61.21	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza infantile da parte di un genitore
V61.22	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso infantile
V61.22	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso psicologico infantile
V61.22	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso sessuale infantile
V61.22	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di trascuratezza infantile
V61.29	Effetti negativi del disagio relazionale dei genitori sul bambino
V61.5	Problemi correlati a multiparità
V61.7	Problemi correlati a gravidanza indesiderata
V61.8	Allevamento lontano dai genitori
V61.8	Alto livello di emozioni espresse all'interno della famiglia
V61.8	Problema relazionale tra fratelli
V62.21	Problema correlato all'appartenenza a un contingente militare dislocato lontano da casa
V62.22	Esposizione a calamità, guerra o altri eventi avversi
V62.22	Storia personale di appartenenza a contingenti militari dislocati lontano da casa
V62.29	Altri problemi correlati all'attività lavorativa
V62.3	Problema relativo all'istruzione
V62.4	Difficoltà di integrazione culturale
V62.4	Esclusione o rifiuto sociali
V62.4	Oggetto di (percepita) discriminazione o persecuzione
V62.5	Condanna in processi civili o penali senza reclusione
V62.5	Problemi correlati ad altre circostanze giudiziarie
V62.5	Problemi correlati al rilascio dal carcere
V62.5	Reclusione o altra limitazione della libertà
V62.82	Lutto non complicato
V62.83	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso diverso dal/dalla coniuge

ICD-9-CM	Disturbo, condizione o problema
V62.83	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso infantile diverso dal genitore
V62.83	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso psicologico infantile diverso dal genitore
V62.83	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso sessuale infantile diverso dai genitori
V62.83	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di trascuratezza infantile diverso dal genitore
V62.89	Altri problemi correlati a circostanze psicosociali
V62.89	Conflitti con fornitori di servizi sociali, compresi funzionari di sorveglianza, case manager o operatori dei servizi sociali
V62.89	Funzionamento intellettivo borderline
V62.89	Problema relativo alla specifica fase di vita
V62.89	Problema religioso o spirituale
V62.89	Vittima di crimine
V62.89	Vittima di terrorismo o tortura
V62.9	Problema correlato all'ambiente sociale senza specificazione
V62.9	Problemi correlati a circostanze psicosociali senza specificazione
V63.8	Indisponibilità o inaccessibilità di altre agenzie di aiuto
V63.9	Indisponibilità o inaccessibilità delle strutture sanitarie
V65.2	Simulazione di malattia
V65.40	Altre forme di consultazione o di counseling
V65.49	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner
V65.49	Counseling sessuale
V69.9	Problemi correlati allo stile di vita
V71.01	Comportamento antisociale dell'adulto
V71.02	Comportamento antisociale del bambino o dell'adolescente

Elenco numerico delle diagnosi del DSM-5 e dei codici ICD-10-CM

I codici ICD-10-CM dovranno essere utilizzati a partire dal 1° ottobre 2014.

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
E66.9	Sovrappeso e obesità
F01.50	Disturbo neurocognitivo maggiore possibilmente dovuto a malattia vascolare, Senza alterazione comportamentale
F01.50	Disturbo neurocognitivo maggiore probabilmente dovuto a malattia vascolare, Senza alterazione comportamentale
F01.51	Disturbo neurocognitivo maggiore possibilmente dovuto a malattia vascolare, Con alterazione comportamentale
F01.51	Disturbo neurocognitivo maggiore probabilmente dovuto a malattia vascolare, Con alterazione comportamentale
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore a possibili corpi di Lewy, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* G31.83 malattia a corpi di Lewy)
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore a probabili corpi di Lewy, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* G31.83 malattia a corpi di Lewy)
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici, Senza alterazione comportamentale
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a infezione da HIV, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* B20 infezione da HIV)
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Huntington, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* G10 malattia di Huntington)
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattie da prioni, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* A81.9 malattia da prioni)
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a possibile degenerazione frontotemporale, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* G31.09 malattia frontotemporale)
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a possibile malattia di Alzheimer, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* G30.9 malattia di Alzheimer)
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a probabile degenerazione frontotemporale, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* G31.09 degenerazione frontotemporale)

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a probabile malattia di Alzheimer, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* G30.9 malattia di Alzheimer)
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* S06.2X9S trauma cranico diffuso con perdita di coscienza di durata non specifica, sequele)
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica, Senza alterazione comportamentale
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore possibilmente dovuto a morbo di Parkinson, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* G20 morbo di Parkinson)
F02.80	Disturbo neurocognitivo maggiore probabilmente dovuto a morbo di Parkinson, Senza alterazione comportamentale (*codificare prima* G20 morbo di Parkinson)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore a possibili corpi di Lewy, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* G31.83 malattia a corpi di Lewy)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore a probabili corpi di Lewy, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* G31.83 malattia a corpi di Lewy)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a eziologie molteplici, Con alterazione comportamentale
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a infezione da HIV, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* B20 infezione da HIV)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Huntington, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* G10 malattia di Huntington)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattie da prioni, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* A81.9 malattia da prioni)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a possibile degenerazione frontotemporale, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* G31.09 malattia frontotemporale)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a possibile malattia di Alzheimer, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* G30.9 malattia di Alzheimer)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a probabile degenerazione frontotemporale, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* G31.09 degenerazione frontotemporale)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a probabile malattia di Alzheimer, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* G30.9 malattia di Alzheimer)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a trauma cranico, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* S06.2X9S trauma cranico diffuso con perdita di coscienza di durata non specifica, sequele)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica, Con alterazione comportamentale
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore possibilmente dovuto a morbo di Parkinson, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* G20 morbo di Parkinson)
F02.81	Disturbo neurocognitivo maggiore probabilmente dovuto a morbo di Parkinson, Con alterazione comportamentale (*codificare prima* G20 morbo di Parkinson)

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F05	Delirium dovuto a eziologie molteplici
F05	Delirium dovuto a un'altra condizione medica
F06.0	Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica, Con allucinazioni
F06.1	Catatonia associata a un altro disturbo mentale (specificatore della catatonia)
F06.1	Catatonia senza specificazione (*codificare prima* 781.99 [R29.818] altri sintomi che coinvolgono i sistemi nervoso e muscoloscheletrico)
F06.1	Disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica
F06.2	Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica, Con deliri
F06.31	Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, Con caratteristiche depressive
F06.32	Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, Con episodio simil-depressivo maggiore
F06.33	Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, Con caratteristiche maniacali
F06.33	Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, Con episodio simil-maniacale o simil-ipomaniacale
F06.34	Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, Con caratteristiche miste
F06.34	Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, Con caratteristiche miste
F06.4	Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica
F06.8	Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica
F06.8	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica
F07.0	Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica
F09	Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica senza specificazione
F10.10	Disturbo da uso di alcol, Lieve
F10.121	Delirium da intossicazione da alcol, Con disturbo da uso lieve
F10.129	Intossicazione da alcol, Con disturbo da uso lieve
F10.14	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da alcol, Con disturbo da uso lieve
F10.14	Disturbo depressivo indotto da alcol, Con disturbo da uso lieve
F10.159	Disturbo psicotico indotto da alcol, Con disturbo da uso lieve
F10.180	Disturbo d'ansia indotto da alcol, Con disturbo da uso lieve
F10.181	Disfunzione sessuale indotta da alcol, Con disturbo da uso lieve
F10.182	Disturbo del sonno indotto da alcol, Con disturbo da uso lieve
F10.20	Disturbo da uso da alcol, Grave
F10.20	Disturbo da uso di alcol, Moderato
F10.221	Delirium da intossicazione da alcol, Con disturbo da uso moderato o grave
F10.229	Intossicazione da alcol, Con disturbo da uso moderato o grave
F10.231	Delirium da astinenza da alcol
F10.232	Astinenza da alcol, Con alterazioni percettive
F10.239	Astinenza da alcol, Senza alterazioni percettive

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F10.24	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da alcol, Con disturbo da uso moderato o grave
F10.24	Disturbo depressivo indotto da alcol, Con disturbo da uso moderato o grave
F10.259	Disturbo psicotico indotto da alcol, Con disturbo da uso moderato o grave
F10.26	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da alcol, Tipo amnestico confabulatorio, Con disturbo da uso moderato o grave
F10.27	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da alcol, Tipo non amnestico confabulatorio, Con disturbo da uso moderato o grave
F10.280	Disturbo d'ansia indotto da alcol, Con disturbo da uso moderato o grave
F10.281	Disfunzione sessuale indotta da alcol, Con disturbo da uso moderato o grave
F10.282	Disturbo del sonno indotto da alcol, Con disturbo da uso moderato o grave
F10.288	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da alcol, Con disturbo da uso moderato o grave
F10.921	Delirium da intossicazione da alcol, Senza disturbo da uso
F10.929	Intossicazione da alcol, Senza disturbo da uso
F10.94	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da alcol, Senza disturbo da uso
F10.94	Disturbo depressivo indotto da alcol, Senza disturbo da uso
F10.959	Disturbo psicotico indotto da alcol, Senza disturbo da uso
F10.96	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da alcol, Tipo amnestico confabulatorio, Senza disturbo da uso
F10.97	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da alcol, Tipo non amnestico confabulatorio, Senza disturbo da uso
F10.980	Disturbo d'ansia indotto da alcol, Senza disturbo da uso
F10.981	Disfunzione sessuale indotta da alcol, Senza disturbo da uso
F10.982	Disturbo del sonno indotto da alcol, Senza disturbo da uso
F10.988	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da alcol, Senza disturbo da uso
F10.99	Disturbo correlato all'alcol senza specificazione
F11.10	Disturbo da uso di oppiacei, Lieve
F11.121	Delirium da intossicazione da oppiacei, Con disturbo da uso lieve
F11.122	Intossicazione da oppiacei, Con alterazioni percettive, Con disturbo da uso lieve
F11.129	Intossicazione da oppiacei, Senza alterazioni percettive, Con disturbo da uso lieve
F11.14	Disturbo depressivo indotto da oppiacei, Con disturbo da uso lieve
F11.181	Disfunzione sessuale indotta da oppiacei, Con disturbo da uso lieve
F11.182	Disturbo del sonno indotto da oppiacei, Con disturbo da uso lieve
F11.188	Disturbo d'ansia indotto da oppiacei, Con disturbo da uso lieve
F11.20	Disturbo da uso di oppiacei, Grave
F11.20	Disturbo da uso di oppiacei, Moderato
F11.221	Delirium da intossicazione da oppiacei, Con disturbo da uso moderato o grave
F11.222	Intossicazione da oppiacei, Con alterazioni percettive, Con disturbo da uso moderato o grave
F11.229	Intossicazione da oppiacei, Senza alterazioni percettive, Con disturbo da uso moderato o grave

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F11.23	Astinenza da oppiacei
F11.23	Delirium da astinenza da oppiacei
F11.24	Disturbo depressivo indotto da oppiacei, Con disturbo da uso moderato o grave
F11.281	Disfunzione sessuale indotta da oppiacei, Con disturbo da uso moderato o grave
F11.282	Disturbo del sonno indotto da oppiacei, Con disturbo da uso moderato o grave
F11.288	Disturbo d'ansia indotto da oppiacei, Con disturbo da uso moderato o grave
F11.921	Delirium da intossicazione da oppiacei, Senza disturbo da uso
F11.921	Delirium indotto da oppiacei
F11.922	Intossicazione da oppiacei, Con alterazioni percettive, Senza disturbo da uso
F11.929	Intossicazione da oppiacei, Senza alterazioni percettive, Senza disturbo da uso
F11.94	Disturbo depressivo indotto da oppiacei, Senza disturbo da uso
F11.981	Disfunzione sessuale indotta da oppiacei, Senza disturbo da uso
F11.982	Disturbo del sonno indotto da oppiacei, Senza disturbo da uso
F11.988	Disturbo d'ansia indotto da oppiacei, Senza disturbo da uso
F11.99	Disturbo correlato agli oppiacei senza specificazione
F12.10	Disturbo da uso di cannabis, Lieve
F12.121	Delirium da intossicazione da cannabis, Con disturbo da uso lieve
F12.122	Intossicazione da cannabis, Con alterazioni percettive, Con disturbo da uso lieve
F12.129	Intossicazione da cannabis, Senza alterazioni percettive, Con disturbo da uso lieve
F12.159	Disturbo psicotico indotto da cannabis, Con disturbo da uso lieve
F12.180	Disturbo d'ansia indotto da cannabis, Con disturbo da uso lieve
F12.188	Disturbo del sonno indotto da cannabis, Con disturbo da uso lieve
F12.20	Disturbo da uso di cannabis, Grave
F12.20	Disturbo da uso di cannabis, Moderato
F12.221	Delirium da intossicazione da cannabis, Con disturbo da uso moderato o grave
F12.222	Intossicazione da cannabis, Con alterazioni percettive, Con disturbo da uso moderato o grave
F12.229	Intossicazione da cannabis, Senza alterazioni percettive, Con disturbo da uso moderato o grave
F12.259	Disturbo psicotico indotto da cannabis, Con disturbo da uso moderato o grave
F12.280	Disturbo d'ansia indotto da cannabis, Con disturbo da uso moderato o grave
F12.288	Astinenza da cannabis
F12.288	Disturbo del sonno indotto da cannabis, Con disturbo da uso moderato o grave
F12.921	Delirium da intossicazione da cannabis, Senza disturbo da uso
F12.922	Intossicazione da cannabis, Con alterazioni percettive, Senza disturbo da uso
F12.929	Intossicazione da cannabis, Senza alterazioni percettive, Senza disturbo da uso
F12.959	Disturbo psicotico indotto da cannabis, Senza disturbo da uso
F12.980	Disturbo d'ansia indotto da cannabis, Senza disturbo da uso

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F12.988	Disturbo del sonno indotto da cannabis, Senza disturbo da uso
F12.99	Disturbo correlato alla cannabis senza specificazione
F13.10	Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, Lieve
F13.121	Delirium da intossicazione indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso lieve
F13.129	Intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso lieve
F13.14	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso lieve
F13.14	Disturbo depressivo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso lieve
F13.159	Disturbo psicotico indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso lieve
F13.180	Disturbo d'ansia indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso lieve
F13.181	Disfunzione sessuale indotta da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso lieve
F13.182	Disturbo del sonno indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso lieve
F13.20	Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, Grave
F13.20	Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, Moderato
F13.221	Delirium da intossicazione indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso moderato o grave
F13.229	Intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso moderato o grave
F13.231	Delirium da astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici
F13.232	Astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con alterazioni percettive
F13.239	Astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Senza alterazioni percettive
F13.24	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso moderato o grave
F13.24	Disturbo depressivo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso moderato o grave
F13.259	Disturbo psicotico indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso moderato o grave
F13.27	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso moderato o grave
F13.280	Disturbo d'ansia indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso moderato o grave
F13.281	Disfunzione sessuale indotta da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso moderato o grave
F13.282	Disturbo del sonno indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso moderato o grave
F13.288	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Con disturbo da uso moderato o grave
F13.921	Delirium da intossicazione indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Senza disturbo da uso

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F13.921	Delirium indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici
F13.929	Intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Senza disturbo da uso
F13.94	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Senza disturbo da uso
F13.94	Disturbo depressivo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Senza disturbo da uso
F13.959	Disturbo psicotico indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Senza disturbo da uso
F13.97	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Senza disturbo da uso
F13.980	Disturbo d'ansia indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Senza disturbo da uso
F13.981	Disfunzione sessuale indotta da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Senza disturbo da uso
F13.982	Disturbo del sonno indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Senza disturbo da uso
F13.988	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, Senza disturbo da uso
F13.99	Disturbo correlato a sedativi, ipnotici o ansiolitici senza specificazione
F14.10	Disturbo da uso di cocaina, Lieve
F14.121	Delirium da intossicazione da cocaina, Con disturbo da uso lieve
F14.122	Intossicazione da cocaina, Con alterazioni percettive, Con disturbo da uso lieve
F14.129	Intossicazione da cocaina, Senza alterazioni percettive, Con disturbo da uso lieve
F14.14	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da cocaina, Con disturbo da uso lieve
F14.14	Disturbo depressivo indotto da cocaina, Con disturbo da uso lieve
F14.159	Disturbo psicotico indotto da cocaina, Con disturbo da uso lieve
F14.180	Disturbo d'ansia indotto da cocaina, Con disturbo da uso lieve
F14.181	Disfunzione sessuale indotta da cocaina, Con disturbo da uso lieve
F14.182	Disturbo del sonno indotto da cocaina, Con disturbo da uso lieve
F14.188	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da cocaina, Con disturbo da uso lieve
F14.20	Disturbo da uso di cocaina, Grave
F14.20	Disturbo da uso di cocaina, Moderato
F14.221	Delirium da intossicazione da cocaina, Con disturbo da uso moderato o grave
F14.222	Intossicazione da cocaina, Con alterazioni percettive, Con disturbo da uso moderato o grave
F14.229	Intossicazione da cocaina, Senza alterazioni percettive, Con disturbo da uso moderato o grave
F14.23	Astinenza da cocaina
F14.24	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da cocaina, Con disturbo da uso moderato o grave
F14.24	Disturbo depressivo indotto da cocaina, Con disturbo da uso moderato o grave

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F14.259	Disturbo psicotico indotto da cocaina, Con disturbo da uso moderato o grave
F14.280	Disturbo d'ansia indotto da cocaina, Con disturbo da uso moderato o grave
F14.281	Disfunzione sessuale indotta da cocaina, Con disturbo da uso moderato o grave
F14.282	Disturbo del sonno indotto da cocaina, Con disturbo da uso moderato o grave
F14.288	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da cocaina, Con disturbo da uso moderato o grave
F14.921	Delirium da intossicazione da cocaina, Senza disturbo da uso
F14.922	Intossicazione da cocaina, Con alterazioni percettive, Senza disturbo da uso
F14.929	Intossicazione da cocaina, Senza alterazioni percettive, Senza disturbo da uso
F14.94	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da cocaina, Senza disturbo da uso
F14.94	Disturbo depressivo indotto da cocaina, Senza disturbo da uso
F14.959	Disturbo psicotico indotto da cocaina, Senza disturbo da uso
F14.980	Disturbo d'ansia indotto da cocaina, Senza disturbo da uso
F14.981	Disfunzione sessuale indotta da cocaina, Senza disturbo da uso
F14.982	Disturbo del sonno indotto da cocaina, Senza disturbo da uso
F14.988	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da cocaina, Senza disturbo da uso
F14.99	Disturbo correlato agli stimolanti senza specificazione, Cocaina
F15.10	Disturbo da uso di sostanze amfetaminosimili, Lieve
F15.10	Disturbo da uso di stimolante altro o non specificato, Lieve
F15.121	Delirium da intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso lieve
F15.122	Intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti), Con alterazioni percettive, Con disturbo da uso lieve
F15.129	Intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti), Senza alterazioni percettive, Con disturbo da uso lieve
F15.14	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso lieve
F15.14	Disturbo depressivo indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso lieve
F15.159	Disturbo psicotico indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso lieve
F15.180	Disturbo d'ansia indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso lieve
F15.180	Disturbo d'ansia indotto da caffeina, Con disturbo da uso lieve
F15.181	Disfunzione sessuale indotta da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso lieve
F15.182	Disturbo del sonno indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso lieve
F15.182	Disturbo del sonno indotto da caffeina, Con disturbo da uso lieve
F15.188	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso lieve
F15.20	Disturbo da uso di sostanze amfetaminosimili, Grave
F15.20	Disturbo da uso di sostanze amfetaminosimili, Moderato

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F15.20	Disturbo da uso di altri o non specificati stimolanti, Grave
F15.20	Disturbo da uso di altri o non specificati stimolanti, Moderato
F15.221	Delirium da intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso moderato o grave
F15.222	Intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti), Con alterazioni percettive, Con disturbo da uso moderato o grave
F15.229	Intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti), Senza alterazioni percettive, Con disturbo da uso moderato o grave
F15.23	Astinenza da amfetamine (o altri stimolanti)
F15.24	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso moderato o grave
F15.24	Disturbo depressivo indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso moderato o grave
F15.259	Disturbo psicotico indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso moderato o grave
F15.280	Disturbo d'ansia indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso moderato o grave
F15.280	Disturbo d'ansia indotto da caffeina, Con disturbo da uso moderato o grave
F15.281	Disfunzione sessuale indotta da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso moderato o grave
F15.282	Disturbo del sonno indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso moderato o grave
F15.282	Disturbo del sonno indotto da caffeina, Con disturbo da uso moderato o grave
F15.288	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Con disturbo da uso moderato o grave
F15.921	Delirium indotto da amfetamine (o altri stimolanti)
F15.921	Delirium da intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti), Senza disturbo da uso
F15.922	Intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti), Con alterazioni percettive, Senza disturbo da uso
F15.929	Intossicazione da amfetamine (o altri stimolanti), Senza alterazioni percettive, Senza disturbo da uso
F15.929	Intossicazione da caffeina
F15.93	Astinenza da caffeina
F15.94	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Senza disturbo da uso
F15.94	Disturbo depressivo indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Senza disturbo da uso
F15.959	Disturbo psicotico indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Senza disturbo da uso
F15.980	Disturbo d'ansia indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Senza disturbo da uso
F15.980	Disturbo d'ansia indotto da caffeina senza disturbo da uso
F15.981	Disfunzione sessuale indotta da amfetamine (o altri stimolanti), Senza disturbo da uso

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F15.982	Disturbo del sonno indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Senza disturbo da uso
F15.982	Disturbo del sonno indotto da caffeina, Senza disturbo da uso
F15.988	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da amfetamine (o altri stimolanti), Senza disturbo da uso
F15.99	Disturbo correlato agli stimolanti senza specificazione amfetamina o altro stimolante
F15.99	Disturbo correlato alla caffeina senza specificazione
F16.10	Disturbo da uso di altri allucinogeni, Lieve
F16.10	Disturbo da uso di fenciclidina, Lieve
F16.121	Delirium da intossicazione da altri allucinogeni, Con disturbo da uso lieve
F16.121	Delirium da intossicazione da fenciclidina, Con disturbo da uso lieve
F16.129	Intossicazione da altri allucinogeni, Con disturbo da uso lieve
F16.129	Intossicazione da fenciclidina, Con disturbo da uso lieve
F16.14	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da altri allucinogeni, Con disturbo da uso lieve
F16.14	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da fenciclidina, Con disturbo da uso lieve
F16.14	Disturbo depressivo indotto da altri allucinogeni, Con disturbo da uso lieve
F16.14	Disturbo depressivo indotto da fenciclidina, Con disturbo da uso lieve
F16.159	Disturbo psicotico indotto da altri allucinogeni, Con disturbo da uso lieve
F16.159	Disturbo psicotico indotto da fenciclidina, Con disturbo da uso lieve
F16.180	Disturbo d'ansia indotto da altri allucinogeni, Con disturbo da uso lieve
F16.180	Disturbo d'ansia indotto da fenciclidina, Con disturbo da uso lieve
F16.20	Disturbo da uso di altri allucinogeni, Grave
F16.20	Disturbo da uso di altri allucinogeni, Moderato
F16.20	Disturbo da uso di fenciclidina, Grave
F16.20	Disturbo da uso di fenciclidina, Moderato
F16.221	Delirium da intossicazione da altri allucinogeni, Con disturbo da uso moderato o grave
F16.221	Delirium da intossicazione da fenciclidina, Con disturbo da uso moderato o grave
F16.229	Intossicazione da altri allucinogeni, Con disturbo da uso moderato o grave
F16.229	Intossicazione da fenciclidina, Con disturbo da uso moderato o grave
F16.24	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da altri allucinogeni, Con disturbo da uso moderato o grave
F16.24	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da fenciclidina, Con disturbo da uso moderato o grave
F16.24	Disturbo depressivo indotto da altri allucinogeni, Con disturbo da uso moderato o grave
F16.24	Disturbo depressivo indotto da fenciclidina, Con disturbo da uso moderato o grave
F16.259	Disturbo psicotico indotto da altri allucinogeni, Con disturbo da uso moderato o grave

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F16.259	Disturbo psicotico indotto da fenciclidina, Con disturbo da uso moderato o grave
F16.280	Disturbo d'ansia indotto da altri allucinogeni, Con disturbo da uso moderato o grave
F16.280	Disturbo d'ansia indotto da fenciclidina, Con disturbo da uso moderato o grave
F16.921	Delirium da intossicazione da altri allucinogeni, Senza disturbo da uso
F16.921	Delirium da intossicazione da fenciclidina, Senza disturbo da uso
F16.929	Intossicazione da altri allucinogeni, Senza disturbo da uso
F16.929	Intossicazione da fenciclidina, Senza disturbo da uso
F16.94	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da altri allucinogeni, Senza disturbo da uso
F16.94	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da fenciclidina, Senza disturbo da uso
F16.94	Disturbo depressivo indotto da altri allucinogeni, Senza disturbo da uso
F16.94	Disturbo depressivo indotto da fenciclidina, Senza disturbo da uso
F16.959	Disturbo psicotico indotto da altri allucinogeni, Senza disturbo da uso
F16.959	Disturbo psicotico indotto da fenciclidina, Senza disturbo da uso
F16.980	Disturbo d'ansia indotto da altri allucinogeni, Senza disturbo da uso
F16.980	Disturbo d'ansia indotto da fenciclidina, Senza disturbo da uso
F16.983	Disturbo percettivo persistente da allucinogeni
F16.99	Disturbo correlato agli allucinogeni senza specificazione
F16.99	Disturbo correlato alla fenciclidina senza specificazione
F17.200	Disturbo da uso di tabacco, Grave
F17.200	Disturbo da uso di tabacco, Moderato
F17.203	Astinenza da tabacco
F17.208	Disturbo del sonno indotto da tabacco, Con disturbo da uso moderato o grave
F17.209	Disturbo correlato al tabacco senza specificazione
F18.10	Disturbo da uso di inalanti, Lieve
F18.121	Delirium da intossicazione da inalanti, Con disturbo da uso lieve
F18.129	Intossicazione da inalanti, Con disturbo da uso lieve
F18.14	Disturbo depressivo indotto da inalanti, Con disturbo da uso lieve
F18.159	Disturbo psicotico indotto da inalanti, Con disturbo da uso lieve
F18.17	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da inalanti, Con disturbo da uso lieve
F18.180	Disturbo d'ansia indotto da inalanti, Con disturbo da uso lieve
F18.188	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da inalanti, Con disturbo da uso lieve
F18.20	Disturbo da uso di inalanti, Moderato
F18.20	Disturbo da uso di inalanti, Grave
F18.221	Delirium da intossicazione da inalanti, Con disturbo da uso moderato o grave
F18.229	Intossicazione da inalanti, Con disturbo da uso moderato o grave
F18.24	Disturbo depressivo indotto da inalanti, Con disturbo da uso moderato o grave
F18.259	Disturbo psicotico indotto da inalanti, Con disturbo da uso moderato o grave

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F18.27	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da inalanti, Con disturbo da uso moderato o grave
F18.280	Disturbo d'ansia indotto da inalanti, Con disturbo da uso moderato o grave
F18.288	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da inalanti, Con disturbo da uso moderato o grave
F18.921	Delirium da intossicazione da inalanti, Senza disturbo da uso
F18.929	Intossicazione da inalanti, Senza disturbo da uso
F18.94	Disturbo depressivo indotto da inalanti, Senza disturbo da uso
F18.959	Disturbo psicotico indotto da inalanti, Senza disturbo da uso
F18.97	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da inalanti, Senza disturbo da uso
F18.980	Disturbo d'ansia indotto da inalanti, Senza disturbo da uso
F18.988	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da inalanti, Senza disturbo da uso
F18.99	Disturbo correlato agli inalanti senza specificazione
F19.10	Disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza, Lieve
F19.121	Delirium da intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso lieve
F19.129	Intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso lieve
F19.14	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso lieve
F19.14	Disturbo depressivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso lieve
F19.159	Disturbo psicotico indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso lieve
F19.17	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso lieve
F19.180	Disturbo d'ansia indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso lieve
F19.181	Disfunzione sessuale indotta da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso lieve
F19.182	Disturbo del sonno indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso lieve
F19.188	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso lieve
F19.188	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso lieve
F19.20	Disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza, Grave
F19.20	Disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza, Moderato
F19.221	Delirium da intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso moderato o grave
F19.229	Intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso moderato o grave
F19.231	Delirium da astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza
F19.239	Astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza
F19.24	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso moderato o grave

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F19.24	Disturbo depressivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso moderato o grave
F19.259	Disturbo psicotico indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso moderato o grave
F19.27	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso moderato o grave
F19.280	Disturbo d'ansia indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso moderato o grave
F19.281	Disfunzione sessuale indotta da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso moderato o grave
F19.282	Disturbo del sonno indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso moderato o grave
F19.288	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso moderato o grave
F19.288	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Con disturbo da uso moderato o grave
F19.921	Delirium indotto da altra (o sconosciuta) sostanza
F19.921	Delirium da intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza, Senza disturbo da uso
F19.929	Intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza, Senza disturbo da uso
F19.94	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Senza disturbo da uso
F19.94	Disturbo depressivo indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Senza disturbo da uso
F19.959	Disturbo psicotico indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Senza disturbo da uso
F19.97	Disturbo neurocognitivo maggiore indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Senza disturbo da uso
F19.980	Disturbo d'ansia indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Senza disturbo da uso
F19.981	Disfunzione sessuale indotta da altra (o sconosciuta) sostanza, Senza disturbo da uso
F19.982	Disturbo del sonno indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Senza disturbo da uso
F19.988	Disturbo neurocognitivo lieve indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Senza disturbo da uso
F19.988	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da altra (o sconosciuta) sostanza, Senza disturbo da uso
F19.99	Disturbo correlato ad altra (o sconosciuta) sostanza senza specificazione
F20.81	Disturbo schizofreniforme
F20.9	Schizofrenia
F21	Disturbo schizotipico di personalità
F22	Disturbo delirante
F23	Disturbo psicotico breve
F25.0	Disturbo schizoaffettivo, Tipo bipolare

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F25.1	Disturbo schizoaffettivo, Tipo depressivo
F28	Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione
F29	Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione
F31.0	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio ipomaniacale
F31.11	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, Lieve
F31.12	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, Moderato
F31.13	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, Grave
F31.2	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, Con caratteristiche psicotiche
F31.31	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, Lieve
F31.32	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, Moderato
F31.4	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, Grave
F31.5	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, Con caratteristiche psicotiche
F31.71	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio ipomaniacale, In remissione parziale
F31.72	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio ipomaniacale, In remissione completa
F31.73	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, In remissione parziale
F31.74	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, In remissione completa
F31.75	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, In remissione parziale
F31.76	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, In remissione completa
F31.81	Disturbo bipolare II
F31.89	Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione
F31.9	Disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione
F31.9	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio depressivo, Non specificato
F31.9	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio ipomaniacale, Non specificato
F31.9	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio maniacale, Non specificato
F31.9	Disturbo bipolare I, Attuale o più recente episodio non specificato
F32.0	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, Lieve
F32.1	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, Moderato
F32.2	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, Grave
F32.3	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, Con caratteristiche psicotiche
F32.4	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, In remissione parziale
F32.5	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, In remissione completa
F32.8	Disturbo depressivo con altra specificazione
F32.9	Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, Non specificato

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F32.9	Disturbo depressivo senza specificazione
F33.0	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, Lieve
F33.1	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, Moderato
F33.2	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, Grave
F33.3	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, Con caratteristiche psicotiche
F33.41	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, In remissione parziale
F33.42	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, In remissione completa
F33.9	Disturbo depressivo maggiore, Episodio ricorrente, Non specificato
F34.0	Disturbo ciclotimico
F34.1	Disturbo depressivo persistente (Distimia)
F34.8	Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
F40.00	Agorafobia
F40.10	Disturbo d'ansia sociale (Fobia sociale)
F40.218	Fobia specifica, Animale
F40.228	Fobia specifica, Ambiente naturale
F40.230	Fobia specifica, Paura del sangue
F40.231	Fobia specifica, Paura delle iniezioni e delle trasfusioni
F40.232	Fobia specifica, Paura di altre cure mediche
F40.233	Fobia specifica, Paura delle ferite
F40.248	Fobia specifica, Situazionale
F40.298	Fobia specifica, Altro
F41.0	Disturbo di panico
F41.1	Disturbo d'ansia generalizzata
F41.8	Disturbo d'ansia con altra specificazione
F41.9	Disturbo d'ansia senza specificazione
F42	Disturbo da accumulo
F42	Disturbo ossessivo-compulsivo
F42	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione
F42	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione
F43.0	Disturbo da stress acuto
F43.10	Disturbo da stress post-traumatico
F43.20	Disturbi dell'adattamento, Non specificati
F43.21	Disturbi dell'adattamento, Con umore depresso
F43.22	Disturbi dell'adattamento, Con ansia
F43.23	Disturbi dell'adattamento, Con ansia e umore depresso misti
F43.24	Disturbi dell'adattamento, Con alterazione della condotta
F43.25	Disturbi dell'adattamento, Con alterazione mista dell'emotività e della condotta
F43.8	Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione
F43.9	Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti senza specificazione
F44.0	Amnesia dissociativa
F44.1	Amnesia dissociativa, Con fuga dissociativa

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F44.4	Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali), Con debolezza o paralisi
F44.4	Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali), Con movimento anomalo
F44.4	Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali), Con sintomi riguardanti l'eloquio
F44.4	Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali), Con sintomi riguardanti la deglutizione
F44.5	Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali), Con attacchi epilettiformi o convulsioni
F44.6	Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali), Con anestesia o perdita di sensibilità
F44.6	Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali), Con sintomi sensoriali specifici
F44.7	Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali), Con sintomi misti
F44.81	Disturbo dissociativo dell'identità
F44.89	Disturbo dissociativo con altra specificazione
F44.9	Disturbo dissociativo senza specificazione
F45.1	Disturbo da sintomi somatici
F45.21	Disturbo da ansia di malattia
F45.22	Disturbo di dismorfismo corporeo
F45.8	Disturbo da sintomi somatici e disturbo correlati con altra specificazione
F45.9	Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione
F48.1	Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione
F50.01	Anoressia nervosa, Tipo con restrizioni
F50.02	Anoressia nervosa, Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione
F50.2	Bulimia nervosa
F50.8	Disturbo da binge-eating
F50.8	Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione
F50.8	Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
F50.8	Pica, Negli adulti
F50.9	Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione
F51.01	Disturbo da insonnia
F51.11	Disturbo da ipersonnolenza
F51.3	Disturbi dell'arousal del sonno non-REM, Tipo sonnambulismo
F51.4	Disturbi dell'arousal del sonno non-REM, Tipo terrore nel sonno
F51.5	Disturbo da incubi
F52.0	Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile
F52.21	Disturbo erettile
F52.22	Disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile
F52.31	Disturbo dell'orgasmo femminile
F52.32	Eiaculazione ritardata

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F52.4	Eiaculazione precoce
F52.6	Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione
F52.8	Disfunzione sessuale con altra specificazione
F52.9	Disfunzione sessuale senza specificazione
F54	Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche
F60.0	Disturbo paranoide di personalità
F60.1	Disturbo schizoide di personalità
F60.2	Disturbo antisociale di personalità
F60.3	Disturbo borderline di personalità
F60.4	Disturbo istrionico di personalità
F60.5	Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità
F60.6	Disturbo evitante di personalità
F60.7	Disturbo dipendente di personalità
F60.81	Disturbo narcisistico di personalità
F60.89	Disturbo di personalità con altra specificazione
F60.9	Disturbo di personalità senza specificazione
F63.0	Disturbo da gioco d'azzardo
F63.1	Piromania
F63.2	Cleptomania
F63.3	Tricotillomania (Disturbo da strappamento di peli)
F63.81	Disturbo esplosivo intermittente
F64.1	Disforia di genere negli adolescenti e negli adulti
F64.2	Disforia di genere nei bambini
F64.8	Disforia di genere con altra specificazione
F64.9	Disforia di genere senza specificazione
F65.0	Disturbo feticistico
F65.1	Disturbo da travestitismo
F65.2	Disturbo esibizionistico
F65.3	Disturbo voyeuristico
F65.4	Disturbo pedofilico
F65.51	Disturbo da masochismo sessuale
F65.52	Disturbo da sadismo sessuale
F65.81	Disturbo frotteuristico
F65.89	Disturbo parafilico con altra specificazione
F65.9	Disturbo parafilico senza specificazione
F68.10	Disturbo fittizio
F70	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo), Lieve
F71	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo), Moderata
F72	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo), Grave
F73	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo), Estrema
F79	Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo) senza specificazione

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F80.0	Disturbo fonetico-fonologico
F80.2	Disturbo del linguaggio
F80.81	Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (Balbuzie)
F80.89	Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)
F80.9	Disturbo della comunicazione senza specificazione
F81.0	Disturbo specifico dell'apprendimento, Con compromissione della lettura
F81.2	Disturbo specifico dell'apprendimento, Con compromissione del calcolo
F81.81	Disturbo specifico dell'apprendimento, Con compromissione dell'espressione scritta
F82	Disturbo dello sviluppo della coordinazione
F84.0	Disturbo dello spettro dell'autismo
F88	Disturbo del neurosviluppo con altra specificazione
F88	Ritardo globale dello sviluppo
F89	Disturbo del neurosviluppo senza specificazione
F90.0	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, Manifestazione con disattenzione predominante
F90.1	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, Manifestazione con iperattività/impulsività predominanti
F90.2	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, Manifestazione combinata
F90.8	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altra specificazione
F90.9	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività senza specificazione
F91.1	Disturbo della condotta, Tipo con esordio nell'infanzia
F91.2	Disturbo della condotta, Tipo con esordio nell'adolescenza
F91.3	Disturbo oppositivo provocatorio
F91.8	Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione
F91.9	Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta senza specificazione
F91.9	Disturbo della condotta, Esordio non specificato
F93.0	Disturbo d'ansia di separazione
F94.0	Mutismo selettivo
F94.1	Disturbo reattivo dell'attaccamento
F94.2	Disturbo da impegno sociale disinibito
F95.0	Disturbo transitorio da tic
F95.1	Disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali
F95.2	Disturbo di Tourette
F95.8	Disturbo da tic con altra specificazione
F95.9	Disturbo da tic senza specificazione
F98.0	Enuresi
F98.1	Encopresi
F98.21	Disturbo da ruminazione
F98.3	Pica, Nei bambini
F98.4	Disturbo da movimento stereotipato

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
F98.5	Disturbo della fluenza con esordio nell'età adulta
F99	Disturbo mentale con altra specificazione
F99	Disturbo mentale senza specificazione
G21.0	Sindrome maligna da neurolettici
G21.11	Parkinsonismo indotto da neurolettici
G21.19	Parkinsonismo indotto da altri farmaci
G24.01	Discinesia tardiva
G24.02	Distonia acuta indotta da farmaci
G24.09	Distonia tardiva
G25.1	Tremore posturale indotto da farmaci
G25.71	Acatisia acuta indotta da farmaci
G25.71	Acatisia tardiva
G25.79	Altri disturbi del movimento indotti da farmaci
G25.81	Sindrome delle gambe senza riposo
G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve a corpi di Lewy
G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a degenerazione frontotemporale
G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a eziologie molteplici
G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a infezione da HIV
G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattia di Alzheimer
G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattia di Huntington
G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a malattie da prioni
G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a morbo di Parkinson
G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a trauma cranico
G31.84	Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a un'altra condizione medica
G31.84	Disturbo neurocognitivo vascolare lieve
G47.00	Disturbo da insonnia senza specificazione
G47.09	Disturbo da insonnia con altra specificazione
G47.10	Disturbo da ipersonnolenza senza specificazione
G47.19	Disturbo da ipersonnolenza con altra specificazione
G47.20	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo non specificato
G47.21	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo fase di sonno ritardata
G47.22	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo fase di sonno anticipata
G47.23	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo ritmo sonno-veglia irregolare
G47.24	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore
G47.26	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, Tipo lavoro con turni
G47.31	Apnea centrale del sonno, Apnea centrale idiopatica del sonno
G47.33	Apnea/ipopnea ostruttiva del sonno
G47.34	Ipoventilazione correlata al sonno, ipoventilazione idiopatica
G47.35	Ipoventilazione correlata al sonno, ipoventilazione alveolare centrale congenita
G47.36	Ipoventilazione correlata al sonno, ipoventilazione correlata al sonno in comorbidità

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
G47.37	Apnea centrale del sonno, Apnea centrale del sonno in comorbidità con uso di oppiacei
G47.411	Narcolessia con cataplessia ma senza carenza di ipocretina
G47.419	Atassia cerebellare autosomica dominante, sordità e narcolessia
G47.419	Narcolessia autosomica dominante, obesità e diabete tipo 2
G47.419	Narcolessia senza cataplessia ma con carenza di ipocretina
G47.429	Narcolessia secondaria a un'altra condizione medica
G47.52	Disturbo comportamentale del sonno REM
G47.8	Disturbo del sonno-veglia con altra specificazione
G47.9	Disturbo del sonno-veglia senza specificazione
L98.1	Disturbo da escoriazione (Stuzzicamento della pelle)
N39.498	Disturbo dell'evacuazione con altra specificazione, Con sintomi urinari
N94.3	Disturbo disforico premestruale
R06.3	Apnea centrale del sonno, Respiro di Cheyne-Stokes
R15.9	Disturbo dell'evacuazione con altra specificazione, Con sintomi fecali
R15.9	Disturbo dell'evacuazione senza specificazione, Con sintomi fecali
R32	Disturbo dell'evacuazione senza specificazione, Con sintomi urinari
R41.0	Delirium con altra specificazione
R41.0	Delirium senza specificazione
R41.83	Funzionamento intellettivo borderline
R41.9	Disturbo neurocognitivo senza specificazione
T43.205A	Sindrome da discontinuità degli antidepressivi, Primo intervento
T43.205D	Sindrome da discontinuità degli antidepressivi, Interventi successivi
T43.205S	Sindrome da discontinuità degli antidepressivi, Sequele
T50.905A	Altre reazioni avverse ai farmaci, Primo intervento
T50.905D	Altre reazioni avverse ai farmaci, Interventi successivi
T50.905S	Altre reazioni avverse ai farmaci, Sequele
T74.01XA	Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Primo intervento
T74.01XD	Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Interventi successivi
T74.02XA	Trascuratezza infantile, Confermata, Primo intervento
T74.02XD	Trascuratezza infantile, Confermata, Interventi successivi
T74.11XA	Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Primo intervento
T74.11XA	Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Primo intervento
T74.11XD	Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Interventi successivi
T74.11XD	Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Interventi successivi
T74.12XA	Abuso fisico infantile, Confermato, Primo intervento
T74.12XD	Abuso fisico infantile, Confermato, Interventi successivi

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
T74.21XA	Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Primo intervento
T74.21XA	Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Primo intervento
T74.21XD	Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Interventi successivi
T74.21XD	Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Confermata, Interventi successivi
T74.22XA	Abuso sessuale infantile, Confermato, Primo intervento
T74.22XD	Abuso sessuale infantile, Confermato, Interventi successivi
T74.31XA	Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Primo intervento
T74.31XD	Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Confermato, Interventi successivi
T74.32XA	Abuso psicologico infantile, Confermato, Primo intervento
T74.32XD	Abuso psicologico infantile, Confermato, Interventi successivi
T76.01XA	Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Primo intervento
T76.01XD	Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Interventi successivi
T76.02XA	Trascuratezza infantile, Sospetta, Primo intervento
T76.02XD	Trascuratezza infantile, Sospetta, Interventi successivi
T76.11XA	Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Primo intervento
T76.11XA	Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Primo intervento
T76.11XD	Abuso fisico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Interventi successivi
T76.11XD	Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Interventi successivi
T76.12XA	Abuso fisico infantile, Sospetto, Primo intervento
T76.12XD	Abuso fisico infantile, Sospetto, Interventi successivi
T76.21XA	Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Primo intervento
T76.21XA	Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Primo intervento
T76.21XD	Abuso sessuale dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Interventi successivi
T76.21XD	Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, Sospetta, Interventi successivi
T76.22XA	Abuso sessuale infantile, Sospetto, Primo intervento
T76.22XD	Abuso sessuale infantile, Sospetto, Interventi successivi
T76.31XA	Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Primo intervento
T76.31XA	Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Sospetto, Primo intervento

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
T76.31XD	Abuso psicologico dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, Sospetto, Interventi successivi
T76.31XD	Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, Sospetto, Interventi successivi
T76.32XA	Abuso psicologico infantile, Sospetto, Primo intervento
T76.32XD	Abuso psicologico infantile, Sospetto, Interventi successivi
Z55.9	Problema relativo all'istruzione
Z56.82	Problema correlato all'appartenenza a un contingente militare dislocato lontano da casa
Z56.9	Altri problemi correlati all'attività lavorativa
Z59.0	Senzatetto
Z59.1	Abitazione inadeguata
Z59.2	Conflitti con vicinato, inquilino o padrone di casa
Z59.3	Problemi correlati al vivere in un'istituzione residenziale
Z59.4	Mancanza di cibo e acqua potabile
Z59.5	Povertà estrema
Z59.6	Basso reddito
Z59.7	Assicurazione o supporto dei sussidi pubblici insufficienti
Z59.9	Problemi abitativi ed economici senza specificazione
Z60.0	Problema relativo alla specifica fase di vita
Z60.2	Problema correlato al vivere da soli
Z60.3	Difficoltà di integrazione culturale
Z60.4	Esclusione o rifiuto sociali
Z60.5	Oggetto di (percepita) discriminazione o persecuzione
Z60.9	Problema correlato all'ambiente sociale senza specificazione
Z62.29	Allevamento lontano dai genitori
Z62.810	Storia personale (pregressa) di abusi fisici nell'infanzia
Z62.810	Storia personale (pregressa) di abusi sessuali nell'infanzia
Z62.811	Storia personale (pregressa) di abuso psicologico nell'infanzia
Z62.812	Storia personale (pregressa) di trascuratezza nell'infanzia
Z62.820	Problema relazionale genitore-bambino
Z62.891	Problema relazionale tra fratelli
Z62.898	Effetti negativi del disagio relazionale dei genitori sul bambino
Z63.0	Disagio relazionale con il/la coniuge o con il/la partner
Z63.4	Lutto non complicato
Z63.5	Disgregazione della famiglia a causa di separazione o divorzio
Z63.8	Alto livello di emozioni espresse all'interno della famiglia
Z64.0	Problemi correlati a gravidanza indesiderata
Z64.1	Problemi correlati a multiparità
Z64.4	Conflitti con fornitori di servizi sociali, compresi funzionari di sorveglianza, case manager o operatori dei servizi sociali
Z65.0	Condanna in processi civili o penali senza reclusione
Z65.1	Reclusione o altra limitazione della libertà

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
Z65.2	Problemi correlati al rilascio dal carcere
Z65.3	Problemi correlati ad altre circostanze giudiziarie
Z65.4	Vittima di crimine
Z65.4	Vittima di terrorismo o tortura
Z65.5	Esposizione a calamità, guerra o altri eventi avversi
Z65.8	Altri problemi correlati a circostanze psicosociali
Z65.8	Problema religioso o spirituale
Z65.9	Problemi correlati a circostanze psicosociali senza specificazione
Z69.010	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso infantile da parte di un genitore
Z69.010	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico infantile da parte di un genitore
Z69.010	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso sessuale infantile da parte di un genitore
Z69.010	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza infantile da parte di un genitore
Z69.011	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso infantile
Z69.011	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso psicologico infantile
Z69.011	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di abuso sessuale infantile
Z69.011	Intervento dei servizi di salute mentale per il genitore autore di trascuratezza infantile
Z69.020	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso infantile da parte di individui diversi dai gentori
Z69.020	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico infantile da parte di individui diversi dai genitori
Z69.020	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso sessuale infantile da parte di individui diversi dai genitori
Z69.020	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza infantile da parte di individui diversi dai genitori
Z69.021	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso infantile diverso dal genitore
Z69.021	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso psicologico infantile diverso dal genitore
Z69.021	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso sessuale infantile diverso dal genitore
Z69.021	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di trascuratezza infantile diverso dal genitore
Z69.11	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso psicologico da parte del/della coniuge o del/della partner
Z69.11	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di trascuratezza da parte del/della coniuge o del/della partner
Z69.11	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di violenza fisica da parte del/della coniuge o del/della partner

ICD-10-CM	Disturbo, condizione o problema
Z69.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso psicologico sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
Z69.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di trascuratezza sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
Z69.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di violenza fisica sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
Z69.12	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di violenza sessuale sul/sulla coniuge o sul/sulla partner
Z69.81	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di abuso da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner
Z69.81	Intervento dei servizi di salute mentale per vittime di violenza sessuale da parte del/della coniuge o del/della partner
Z69.82	Intervento dei servizi di salute mentale per l'autore di abuso diverso dal/dalla coniuge o dal/dalla partner
Z70.9	Counseling sessuale
Z71.9	Altre forme di consultazione o di counseling
Z72.0	Disturbo da uso di tabacco, Lieve
Z72.810	Comportamento antisociale del bambino o dell'adolescente
Z72.811	Comportamento antisociale dell'adulto
Z72.9	Problemi correlati allo stile di vita
Z75.3	Indisponibilità o inaccessibilità delle strutture sanitarie
Z75.4	Indisponibilità o inaccessibilità di altre agenzie di aiuto
Z76.5	Simulazione di malattia
Z91.19	Mancata aderenza al trattamento medico
Z91.410	Storia personale (pregressa) di violenza fisica da parte del/della coniuge o del/della partner
Z91.410	Storia personale (pregressa) di violenza sessuale da parte del/della coniuge o del/della partner
Z91.411	Storia personale (pregressa) di abuso psicologico da parte del/della coniuge o del/della partner
Z91.412	Storia personale (pregressa) di trascuratezza da parte del/della coniuge o del/della partner
Z91.49	Altra storia personale di trauma psicologico
Z91.5	Storia personale di autolesività
Z91.82	Storia personale di appartenenza a contingenti militari dislocati lontano da casa
Z91.83	Vagabondaggio associato a un disturbo mentale
Z91.89	Altri fattori di rischio personale

Consulenti e collaboratori del DSM-5

Comitato dei revisori del DSM-5 – Membri del Board APA

Scientific Review Committee (SRC)

Kenneth S. Kendler, M.D. (Chair)
Robert Freedman, M.D. (Co-chair)
Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
David Brent, M.D. (2011–)
Ellen Leibenluft, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D. (–2011)
Paul S. Summergrad, M.D.
Robert J. Ursano, M.D. (–2011)
Myrna Weissman, Ph.D. (2011–)
Joel Yager, M.D.
Jill L. Opalesky, M.S. (Administrative Support)

Clinical and Public Health Review Committee (CPHC)

John S. McIntyre, M.D. (Chair)
Joel Yager, M.D. (Co-chair)
Anita Everett M.D.
Cathryn A. Galanter, M.D.
Jeffrey M. Lyness, M.D.
James E. Nininger, M.D.
Victor I. Reus, M.D.
Michael J. Vergare, M.D.
Ann Miller (Administrative Support)

Comitato di supervisione

Carolyn Robinowitz, M.D. (Chair)
Mary Badaracco, M.D.
Ronald Burd, M.D.
Robert Freedman, M.D.
Jeffrey A. Lieberman, M.D.
Kyla Pope, M.D.
Victor I. Reus, M.D.
Daniel K. Winstead, M.D.
Joel Yager, M.D.

Assemblea dell'APA – Comitato di revisione

Glenn A. Martin, M.D. (Chair)
R. Scott Benson, M.D. (Speaker of the Assembly)
William Cardasis, M.D.
John M. de Figueiredo, M.D.
Lawrence S. Gross, M.D.
Brian S. Hart, M.D.
Stephen A. McLeod Bryant, M.D.
Gregory A. Miller, M.D.
Roger Peele, M.D.
Charles S. Price, M.D.
Deepika Sastry, M.D.
John P.D. Shemo, M.D.
Eliot Sorel, M.D.

Summit Group del DSM-5

Dilip V. Jeste, M.D. (Chair)
R. Scott Benson, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Jeffrey A. Lieberman, M.D.
Glenn A. Martin, M.D.
John S. McIntyre, M.D.
John M. Oldham, M.D.
Roger Peele, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
James H. Scully Jr., M.D.
Joel Yager, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D. (Consultant)
Michael B. First, M.D. (Consultant)

Revisori delle ricerche

Robert D. Gibbons, Ph.D.
Craig Nelson, M.D.

Revisori per gli usi forensi

Paul S. Appelbaum, M.D.
Lama Bazzi, M.D.
Alec W. Buchanan, M.D., Ph.D.
Carissa Cabán Alemán, M.D.
Michael Champion, M.D.
Jeffrey C. Eisen, M.D.
Elizabeth Ford, M.D.
Daniel T. Hackman, M.D.
Mark Hauser, M.D.
Steven K. Hoge, M.D., M.B.A.
Debra A. Pinals, M.D.
Guillermo Portillo, M.D.
Patricia Recupero, M.D., J.D.
Robert Weinstock, M.D.
Cheryl Wills, M.D.
Howard V. Zonana, M.D.

Ex membri dello staff dell'APA per il DSM-5

Erin J. Dalder-Alpher
Kristin Edwards
Leah I. Engel
Lenna Jawdat
Elizabeth C. Martin
Rocio J. Salvador

Consulenti di Work Group

DDAI e disturbi da comportamento dirompente

Emil F. Coccaro, M.D.
Deborah Dabrick, Ph.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D.
Benjamin B. Lahey, Ph.D.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.
Mary Solanto, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.
Eric Youngstrom, Ph.D.

Disturbi d'ansia, dello spettro ossessivo-compulsivo, post-traumatici e dissociativi

Lynn E. Alden, Ph.D.
David B. Arciniegas, M.D.
David H. Barlow, Ph.D.
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Chris R. Brewin, Ph.D.
Richard J. Brown, Ph.D.
Timothy A. Brown, Ph.D.
Richard A. Bryant, Ph.D.
Joan M. Cook, Ph.D.
Joop de Jong, M.D., Ph.D.
Paul F. Dell, Ph.D.
Damiaan Denys, M.D.
Bruce P. Dohrenwend, Ph.D.
Brian A. Fallon, M.D., M.P.H.
Edna B. Foa, Ph.D.
Martin E. Franklin, Ph.D.
Wayne K. Goodman, M.D.
Jon E. Grant, J.D., M.D.
Bonnie L. Green, Ph.D.
Richard G. Heimberg, Ph.D.
Judith L. Herman, M.D.
Devon E. Hinton, M.D., Ph.D.
Stefan G. Hofmann, Ph.D.
Charles W. Hoge, M.D.
Terence M. Keane, Ph.D.
Nancy J. Keuthen, Ph.D.
Dean G. Kilpatrick, Ph.D.
Katharina Kircanski, Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, M.D.
Donald F. Klein, M.D., D.Sc.
Amaro J. Laria, Ph.D.
Richard T. LeBeau, M.A.
Richard J. Loewenstein, M.D.
David Mataix-Cols, Ph.D.
Thomas W. McAllister, M.D.
Harrison G. Pope, M.D., M.P.H.
Ronald M. Rapee, Ph.D.
Steven A. Rasmussen, M.D.
Patricia A. Resick, Ph.D.
Vedat Sar, M.D.
Sanjaya Saxena, M.D.
Paula P. Schnurr, Ph.D.
M. Katherine Shear, M.D.
Daphne Simeon, M.D.
Harvey S. Singer, M.D.
Melinda A. Stanley, Ph.D.
James J. Strain, M.D.
Kate Wolitzky Taylor, Ph.D.
Onno van der Hart, Ph.D.
Eric Vermetten, M.D., Ph.D.
John T. Walkup, M.D.
Sabine Wilhelm, Ph.D.
Douglas W. Woods, Ph.D.
Richard E. Zinbarg, Ph.D.
Joseph Zohar, M.D.

Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza

Adrian Angold, Ph.D.
Deborah Beidel, Ph.D.
David Brent, M.D.
John Campo, M.D.
Gabrielle Carlson, M.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D.
David Klonsky, Ph.D.
Matthew Nock, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.

Disturbi dell'alimentazione

Michael J. Devlin, M.D.
Denise E. Wilfley, Ph.D.
Susan Z. Yanovski, M.D.

Disturbi dell'umore

Boris Birmaher, M.D.
Yeates Conwell, M.D.
Ellen B. Dennehy, Ph.D.
S. Ann Hartlage, Ph.D.
Jack M. Hettema, M.D., Ph.D.
Michael C. Neale, Ph.D.
Gordon B. Parker, M.D., Ph.D., D.Sc.
Roy H. Perlis, M.D., M.Sc.
Holly G. Prigerson, Ph.D.
Norman E. Rosenthal, M.D.
Peter J. Schmidt, M.D.
Mort M. Silverman, M.D.
Meir Steiner, M.D., Ph.D.
Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H., M.B.A.
Sidney Zisook, M.D.

Disturbi neurocognitivi

Jiska Cohen-Mansfield, Ph.D.
Vladimir Hachinski, M.D., C.M., D.Sc.
Sharon Inouye, M.D., M.P.H.
Grant Iverson, Ph.D.
Laura Marsh, M.D.
Bruce Miller, M.D.
Jacobo Mintzer, M.D., M.B.A.
Bruce Pollock, M.D., Ph.D.
George Prigatano, Ph.D.
Ron Ruff, Ph.D.
Ingmar Skoog, M.D., Ph.D.
Robert Sweet, M.D.
Paula Trzepacz, M.D.

Disturbi del neurosviluppo

Ari Ne'eman
Nickola Nelson, Ph.D.
Diane Paul, Ph.D.
Eva Petrova, Ph.D.
Andrew Pickles, Ph.D.
Jan Piek, Ph.D.
Helene Polatajko, Ph.D.
Alya Reeve, M.D.
Mabel Rice, Ph.D.
Joseph Sergeant, Ph.D.
Bennett Shaywitz, M.D.
Sally Shaywitz, M.D.
Audrey Thurm, Ph.D.
Keith Widaman, Ph.D.
Warren Zigman, Ph.D.

Personalità e disturbi di personalità

Eran Chemerinski, M.D.
Thomas N. Crawford, Ph.D.
Harold W. Koenigsberg, M.D.
Kristian E. Markon, Ph.D.
Rebecca L. Shiner, Ph.D.
Kenneth R. Silk, M.D.
Jennifer L. Tackett, Ph.D.
David Watson, Ph.D.

Disturbi psicotici

Kamaldeep Bhui, M.D.
Manuel J. Cuesta, M.D., Ph.D.
Richard Douyon, M.D.
Paolo Fusar-Poli, Ph.D.
John H. Krystal, M.D.
Thomas H. McGlashan, M.D.
Victor Peralta, M.D., Ph.D.
Anita Riecher-Rössler, M.D.
Mary V. Seeman, M.D.

Disturbi sessuali e dell'identità di genere

Stan E. Althof, Ph.D.
Richard Balon, M.D.
John H.J. Bancroft, M.D., M.A., D.P.M.
Howard E. Barbaree, Ph.D., M.A.
Rosemary J. Basson, M.D.
Sophie Bergeron, Ph.D.
Anita L. Clayton, M.D.
David L. Delmonico, Ph.D.
Domenico Di Ceglie, M.D.
Esther Gomez-Gil, M.D.
Jamison Green, Ph.D
Richard Green, M.D, J.D.
R. Karl Hanson, Ph.D.
Lawrence Hartmann, M.D.
Stephen J. Hucker, M.B.
Eric S. Janus, J.D.
Patrick M. Jern, Ph.D.
Megan S. Kaplan, Ph.D.
Raymond A. Knight, Ph.D.
Ellen T.M. Laan, Ph.D.
Stephen B. Levine, M.D.
Christopher G. McMahon, M.B.

Marta Meana, Ph.D.
Michael H. Miner, Ph.D., M.A.
William T. O'Donohue, Ph.D.
Michael A. Perelman, Ph.D.
Caroline F. Pukall, Ph.D.
Robert E. Pyke, M.D., Ph.D.
Vernon L. Quinsey, Ph.D., M.Sc.
David L. Rowland, Ph.D., M.A.
Michael Sand, Ph.D., M.P.H.
Leslie R. Schover, Ph.D., M.A.
Paul Stern, B.S., J.D.
David Thornton, Ph.D.
Leonore Tiefer, Ph.D.
Douglas E. Tucker, M.D.
Jacques van Lankveld, Ph.D.
Marcel D. Waldinger, M.D., Ph.D.

Disturbi del sonno-veglia

Donald L. Bliwise, Ph.D.
Daniel J. Buysse, M.D.
Vishesh K. Kapur, M.D., M.P.H.
Sanjeeve V. Kothare, M.D.
Kenneth L. Lichstein, Ph.D.
Mark W. Mahowald, M.D.
Rachel Manber, Ph.D.
Emmanuel Mignot, M.D., Ph.D.
Timothy H. Monk, Ph.D., D.Sc.
Thomas C. Neylan, M.D.
Maurice M. Ohayon, M.D., D.Sc., Ph.D.
Judith Owens, M.D., M.P.H.
Daniel L. Picchietti, M.D.
Stuart F. Quan, M.D.
Thomas Roth, Ph.D.
Daniel Weintraub, M.D.
Theresa B. Young, Ph.D.
Phyllis C. Zee, M.D., Ph.D.

Disturbi da sintomi somatici

Brenda Bursch, Ph.D.
Kurt Kroenke, M.D.
W. Curt LaFrance Jr., M.D., M.P.H.
Jon Stone, M.B., Ch.B., Ph.D.
Lynn M. Wegner, M.D.

Disturbi correlati a sostanze

Raymond F. Anton Jr., M.D.
Deborah A. Dawson, Ph.D.
Roland R. Griffiths, Ph.D.
Dorothy K. Hatsukami, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
Marilyn A. Huestis, Ph.D.
John R. Hughes, M.D.
L.M. Juliano, Ph.D.
Thomas R. Kosten, M.D.
Nora D. Volkow, M.D.

Study Group del DSM-5 e altri consulenti dei gruppi

Questioni relative allo sviluppo e all'arco di vita

Christina Bryant, Ph.D.
Amber Gum, Ph.D.
Thomas Meeks, M.D.
Jan Mohlman, Ph.D.
Steven Thorp, Ph.D.
Julie Wetherell, Ph.D.

Aspetti relativi al genere e interculturali

Neil K. Aggarwal, M.D., M.B.A., M.A.
Sofie Bäärnhielm, M.D., Ph.D.
José J. Bauermeister, Ph.D.
James Boehnlein, M.D., M.Sc.
Jaswant Guzder, M.D.
Alejandro Interian, Ph.D.
Sushrut S. Jadhav, M.B.B.S., M.D., Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, M.D.
Alex J. Kopelowicz, M.D.
Amaro J. Laria, Ph.D.
Steven R. Lopez, Ph.D.
Kwame J. McKenzie, M.D.
John R. Peteet, M.D.
Hans (J.G.B.M.) Rohlof, M.D.
Cecile Rousseau, M.D.
Mitchell G. Weiss, M.D., Ph.D.

Interfaccia tra psichiatria e medicina generale

Daniel L. Coury, M.D.
Bernard P. Dreyer, M.D.
Danielle Laraque, M.D.
Lynn M. Wegner, M.D.

Compromissione e disabilità

Prudence W. Fisher, Ph.D.
Martin Prince, M.D., M.Sc.
Michael R. Von Korff, Sc.D.

Strumenti di valutazione diagnostica

Prudence W. Fisher, Ph.D.
Robert D. Gibbons, Ph.D.
Ruben Gur, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
John Houston, M.D., Ph.D.
Kurt Kroenke, M.D.

Altri collaboratori

DDAI e disturbi da comportamento dirompente

Patrick E. Shrout, Ph.D.
Erik Willcutt, Ph.D.

Disturbi d'ansia, dello spettro ossessivo-compulsivo, post-traumatici e dissociativi

Etzel Cardeña, Ph.D.
Richard I. Castillo, Ph.D.
Eric Hollander, M.D.
Charlie Marmar, M.D.
Alfonso Martinez-Taboas, Ph.D.
Mark W. Miller, Ph.D.
Mark H. Pollack, M.D.
Heidi S. Resnick, Ph.D.

Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza

Grace T. Baranek, Ph.D.
Colleen Jacobson, Ph.D.
Maria Oquendo, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D.

Disturbi dell'alimentazione

Nancy L. Zucker, Ph.D.

Disturbi dell'umore

Keith Hawton, M.D., Ph.D.
David A. Jobes, Ph.D.
Maria A. Oquendo, M.D.
Alan C. Swam, M.D.

Disturbi neurocognitivi

J. Eric Ahlskog, M.D., Ph.D.
Allen J. Aksamit, M.D.
Marilyn Albert, Ph.D.
Guy Mckhann, M.D.
Bradley Boeve, M.D.
Helena Chui, M.D.
Sureyya Dikmen, Ph.D.
Douglas Galasko, M.D.
Harvey Levin, Ph.D.
Mark Lovell, Ph.D.
Jeffery Max, M.B.B.Ch.
Ian McKeith, M.D.
Cynthia Munro, Ph.D.
Marlene Oscar-Berman, Ph.D.
Alexander Troster, Ph.D.

Disturbi del neurosviluppo

Anna Barnett, Ph.D.
Martha Denckla, M.D.
Jack M. Fletcher, Ph.D.
Dido Green, Ph.D.
Stephen Greenspan, Ph.D.
Bruce Pennington, Ph.D.
Ruth Shalev, M.D.
Larry B. Silver, M.D.
Lauren Swineford, Ph.D.
Michael Von Aster, M.D.

Personalità e disturbi di personalità

Patricia R. Cohen, Ph.D.
Jaime L. Derringer, Ph.D.
Lauren Helm, M.D.
Christopher J. Patrick, Ph.D.
Anthony Pinto, Ph.D.

Disturbi psicotici

Scott W. Woods, M.D.

Disturbi sessuali e dell'identità di genere

Alan J. Riley, M.Sc.
Ray C. Rosen, Ph.D.

Disturbi del sonno-veglia

Jack D. Edinger, Ph.D.
David Gozal, M.D.
Hochang B. Lee, M.D.
Tore A. Nielsen, Ph.D.
Michael J. Sateia, M.D.
Jamie M. Zeitzer, Ph.D.

Disturbi da sintomi somatici

Chuck V. Ford, M.D.
Patricia I. Rosebush, M.Sc.N., M.D.

Disturbi correlati a sostanze

Sally M. Anderson, Ph.D.
Julie A. Kable, Ph.D.
Christopher Martin, Ph.D.
Sarah N. Mattson, Ph.D.
Edward V. Nunes Jr., M.D.
Mary J. O'Connor, Ph.D.
Heather Carmichael Olson, Ph.D.
Blair Paley, Ph.D.
Edward P. Riley, Ph.D.
Tulshi D. Saha, Ph.D.
Wim van den Brink, M.D., Ph.D.
George E. Woody, M.D.

Spettri diagnostici e armonizzazione del DSM con l'ICD

Bruce Cuthbert, Ph.D.

Questioni relative allo sviluppo e all'arco di vita

Aartjan Beekman, Ph.D.
Alistair Flint, M.B.
David Sultzer, M.D.
Ellen Whyte, M.D.

Aspetti relativi al genere e interculturali

Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.
Kavoos G. Bassiri, M.S.
Venkataramana Bhat, M.D.
Marit Boiler, M.P.H.
Denise Canso, M.Sc.
Smita N. Deshpande, M.D., D.P.M.
Ravi DeSilva, M.D.
Esperanza Diaz, M.D.
Byron J. Good, Ph.D.
Simon Groen, M.A.
Ladson Hinton, M.D.
Lincoln I. Khasakhala, Ph.D.
Francis G. Lu, M.D.
Athena Madan, M.A.
Anne W. Mbwayo, Ph.D.
Oanh Meyer, Ph.D.
Victoria N. Mutiso, Ph.D., D.Sc.
David M. Ndetei, M.D.
Andel V. Nicasio, M.S.Ed.
Vasudeo Paralikar, M.D., Ph.D.
Kanak Patil, M.A.
Filipa I. Santos, H.B.Sc.
Sanjeev B. Sarmukaddam, Ph.D., M.Sc.
Monica Z. Scalco, M.D., Ph.D.
Katie Thompson, M.A.
Hendry Ton, M.D., M.Sc.
Rob C.J. van Dijk, M.Sc.
William A. Vega, Ph.D.
Johann M. Vega-Dienstmaier, M.D.
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D.

Interfaccia tra psichiatria e medicina generale

Daniel J. Balog, M.D.
Charles C. Engel, M.D., M.P.H.
Charles D. Motsinger, M.D.

Compromissione e disabilità

Cille Kennedy, Ph.D.

Stumenti di valutazione diagnostica

Paul J. Pikonis, Ph.D.

Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica

William E. Narrow, M.D., M.P.H., *Chair*
Roger Peele, M.D.
Lawson R. Wulsin, M.D.
Charles H. Zeanah, M.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D., *Advisor*
Stanley N. Caroff, M.D., *Contributor/Consultant*
James B. Lohr, M.D., *Contributor/Consultant*
Marianne Wambolt, Ph.D., *Contributor/Consultant*

Research Group per il DSM-5

Allan Donner, Ph.D.

Peer Reviewers del CPHC

Kenneth Altshuler, M.D.
Pedro G. Alvarenga, M.D.
Diana J. Antonacci, M.D.
Richard Balon, M.D.
David H. Barlow, Ph.D.
L. Jarrett Barnhill, M.D.
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Marty Boman, Ed.D.
James Bourgeois, M.D.
David Braff, M.D.
Harry Brandt, M.D.
Kirk Brower, M.D.
Rachel Bryant-Waugh, Ph.D.
Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
Brenda Bursch, Ph.D.
Joseph Camilleri, M.D.
Patricia Casey, M.D.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Eran Chemerinski, M.D.
Wai Chen, M.D.
Elie Cheniaux, M.D., D.Sc.
Cheryl Chessick, M.D.
J. Richard Ciccone, M.D.
Anita H. Clayton, M.D.
Tihalia J. Coleman, Ph.D.
John Csernansky, M.D.
Manuel J. Cuesta, M.D., Ph.D.
Joanne L. Davis, M.D.
David L. Delmonico, Ph.D.
Ray J. DePaulo, M.D.
Dimitris Dikeos, M.D.
Ina E. Djonlagic, M.D.

C. Neill Epperson, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Spencer Eth, M.D.
David Fassler, M.D.
Giovanni A. Fava, M.D.
Robert Feinstein, M.D.
Molly Finnerty, M.D.
Alessio Fiorentini, M.D.
Mark H. Fleisher, M.D.
Laura Fochtmann, M.D.
Marshal Forstein, M.D.
William French, M.D.
Maximillian Gahr, M.D.
Cynthia Geppert, M.D.
Ann Germaine, Ph.D.
Marcia Goin, M.D.
David A. Gorelick, M.D., Ph.D.
David Graeber, M.D.
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Andreas Hartmann, M.D.
Victoria Hendrick, M.D.
Merrill Herman, M.D.
David Herzog, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Ya-fen Huang, M.D.
Anthony Kales, M.D.
Niranjan S. Karnik, M.D., Ph.D.
Jeffrey Katzman, M.D.
Bryan King, M.D.
Cecilia Kjellgren, M.D.
Harold W. Koenigsberg, M.D.
Richard B. Krueger, M.D.
Steven Lamberti, M.D.
Ruth A. Lanius, M.D.
John Lauriello, M.D.
Anthony Lehman, M.D.
Michael Linden, M.D.
Mark W. Mahowald, M.D.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
Stephen Marder, M.D.
Wendy Marsh, M.D.
Michael S. McCloskey, Ph.D.
Jeffrey Metzner, M.D.
Robert Michels, M.D.
Laura Miller, M.D.
Michael C. Miller, M.D.
Frederick Moeller, M.D.
Peter T. Morgan, M.D., Ph.D.
Madhav Muppa, M.D.
Philip Muskin, M.D.
Joachim Nitschke, M.D.
Abraham Nussbaum, M.D.
Ann Olincy, M.D.
Mark Onslow, Ph.D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
John R. Peteet, M.D.
Ismene L. Petrakis, M.D.
Christophe M. Pfeiffer, M.D.
Karen Pierce, M.D.
Belinda Plattner, M.D.
Franklin Putnam, M.D.
Stuart F. Quan, M.D.
John Racy, M.D.
Phillip Resnick, M.D.
Michele Riba, M.D.
Jerold Rosenbaum, M.D.
Stephen Ross, M.D.
Lawrence Scahill, M.S.N., Ph.D.
Daniel Schechter, M.D.
Mary V. Seeman, M.D.
Alessandro Serretti, M.D.
Jianhua Shen, M.D.
Ravi Kumar R. Singareddy, M.D.
Ingmar Skoog, M.D., Ph.D.
Gary Small, M.D.
Paul Soloff, M.D.
Christina Stadler, M.D., Ph.D.
Nada Stotland, M.D.
Neil Swerdlow, M.D.
Kim Tillery, Ph.D.
David Tolin, Ph.D.
Jayne Trachman, M.D.
Luke Tsai, M.D.
Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D.
Richard Tuch, M.D.
Johan Verhulst, M.D.
B. Timothy Walsh, M.D.
Michael Weissberg, M.D.
Godehard Weniger, M.D.
Keith Widaman, Ph.D.
Thomas Wise, M.D.
George E. Woods, M.D.
Kimberly A. Yonkers, M.D.
Alexander Young, M.D.

Ricerche sul campo in centri clinici universitari – Soggetti adulti

David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles

Ricercatore

Helen Lavretsky, M.D., Principal Investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Jessica Brommelhoff, Ph.D.
Xavier Cagigas, Ph.D.
Paul Cernin, Ph.D.
Linda Ercoli, Ph.D.
Randall Espinoza, M.D.
Helen Lavretsky, M.D.
Jeanne Kim, Ph.D.
David Merrill, M.D.
Karen Miller, Ph.D.
Christopher Nunez, Ph.D.

Coordinatori della ricerca

Natalie St. Cyr, M.A., Lead Research Coordinator
Nora Nazarian, B.A.
Colin Shinn, M.A.

Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada

Ricercatori

Bruce G. Pollock, M.D., Ph.D., Lead Principal Investigator
R. Michael Bagby, Ph.D., Principal Investigator
Kwame J. McKenzie, M.D., Principal Investigator
Tony P. George, M.D., Co-investigator
Lena C. Quilty, Ph.D., Co-investigator
Peter Voore, M.D., Co-investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Donna E. Akman, Ph.D.
R. Michael Bagby, Ph.D.
Wayne C.V. Baici, M.D.
Crystal Baluyut, M.D.
Eva W.C. Chow, M.D., J.D., M.P.H.
Z.J. Daskalakis, M.D., Ph.D.
Pablo Diaz-Hermosillo, M.D.
George Foussias, M.Sc., M.D.
Paul A. Frewen, Ph.D.
Ariel Graff-Guerrero, M.D., M.Sc., Ph.D.
Margaret K. Hahn, M.D.
Lorena Hsu, Ph.D.
Justine Joseph, Ph.D.
Sean Kidd, Ph.D.
Kwame J. McKenzie, M.D.
Mahesh Menon, Ph.D.
Romina Mizrahi, M.D., Ph.D.
Daniel J. Mueller, M.D., Ph.D.
Lena C. Quilty, Ph.D.
Anthony C. Ruocco, Ph.D.
Jorge Soni, M.D.
Aristotle N. Voineskos, M.D., Ph.D.
George Voineskos, M.D.
Peter Voore, Ph.D.
Chris Watson, Ph.D.

Clinici invianti

Ofer Agid, M.D.
Ash Bender, M.D.
Patricia Cavanagh, M.D.
Sarah Colman, M.D.
Vincenzo Deluca, M.D.
Justin Geagea, M.D.
David S. Goldbloom, M.D.
Daniel Greben, M.D.
Malati Gupta, M.D.
Ken Harrison, M.D.
Imraan Jeeva, M.D.
Joel Jeffries, M.B.
Judith Laposa, Ph.D.
Jan Malat, M.D.
Shelley McMain, Ph.D.
Bruce Pollock, M.D., Ph.D.
Andriy V. Samokhvalov, M.D., Ph.D.
Martin Strassnig, M.D.
Albert H.C. Wong, M.D., Ph.D.

Coordinatori della ricerca

Gloria I. Leo, M.A., Lead Research Coordinator
Anissa D. Bachan, B.A.
Bahar Haji-Khamneh, M.A.
Olga Likhodi, M.Sc.
Eleanor J. Liu, Ph.D.
Sarah A. McGee Ng, B.B.A.

Altri membri dello staff di ricerca

Susan E. Dickens, M.A., Clinical Research Manager
Sandy Richards, B.Sc.N., Schizophrenia Research Manager

Dallas VA Medical Center, Dallas, Texas

Ricercatori

Carol S. North, M.D., M.P.E., Principal Investigator
Alina Suris, Ph.D., A.B.P.P., Principal Investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Barry Ardolf, Psy.D.
Abila Awan, M.D.
Joel Baskin, M.D.
John Black, Ph.D.
Jeffrey Dodds, Ph.D.
Gloria Emmett, Ph.D.
Karma Hudson, M.D.
Jamylah Jackson, Ph.D., A.B.P.P.
Lynda Kirkland-Culp, Ph.D., A.B.P.P.
Heidi Koehler, Ph.D., A.B.P.P.
Elizabeth Lewis, Psy.D.
Aashish Parikh, M.D.
Reed Robinson, Ph.D.
Jheel Shah, M.D.
Geetha Shivakumar, M.D.
Sarah Spain, Ph.D., A.B.P.P.
Lisa Thoman, Ph.D.
Lia Thomas, M.D.
Jamie Zabukovec, Psy.D.
Mustafa Zaidi, M.D.
Andrea Zartman, Ph.D.

Fonti di riferimento generali

Robert Blake, L.M.S.W.
Evelyn Gibbs, L.M.S.W.
Michelle King-Thompson, L.M.S.W.

Coordinatori della ricerca

Jeannie B. Whitman, Ph.D., Lead Research Coordinator
Sunday Adewuyi, M.D.
Elizabeth Anderson, B.A.
Solaleh Azimipour, B.S.
Carissa Barney, B.S.
Kristie Cavazos, B.A.
Robert Devereaux, B.S.
Dana Downs, M.S., M.S.W.
Sharjeel Farooqui, M.D.
Julia Smith, Psy.D.
Kun-Ying H. Sung, B.S.

School of Medicine, The University of Texas San Antonio, San Antonio, Texas

Ricercatore

Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H., M.B.A., Principal Investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Suman Baddam, Psy.D.
Charles L. Bowden, M.D.
Nancy Diazgranados, M.D., M.S.
Craig A. Dike, Psy.D.
Dianne E. Dunn, Psy.D., M.P.H.
Elena Gherman, M.D.
Jodi M. Gonzalez, Ph.D.
Pablo Gonzalez, M.D.
Phillip Lai, Psy.D.
Natalie Maples-Aguilar, M.A., L.P.A.
Marlon P. Quinones, M.D.
Jeslina J. Raj, Psy.D.
David L. Roberts, Ph.D.
Nancy Sandusky, R.N., F.P.M.H.N.P.-B.C., D.N.P.-C.
Donna S. Stutes, M.S., L.P.C.
Mauricio Tohen, M.D., Dr.PH, M.B.A.
Dawn I. Velligan, Ph.D.
Weiran Wu, M.D., Ph.D.

Clinici invianti

Albana Dassori, M.D.
Megan Frederick, M.A.
Robert Gonzalez, M.D.
Uma Kasinath, M.D.
Camis Milam, M.D.
Vivek Singh, M.D.
Peter Thompson, M.D.

Coordinatori della ricerca

Melissa Hernandez, B.A., Lead Research Coordinator
Fermin Alejandro Carrizales, B.A.
Martha Dahl, R.N., B.S.N.
Patrick M. Smith, B.A.
Nicole B. Watson, M.A.

Michael E. DeBakey VA Medical Center and the Menninger Clinic, Houston, Texas (Joint Study Site)

Michael E. DeBakey VA Medical Center

Ricercatore

Laura Marsh, M.D., Principal Investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Shalini Aggarwal, M.D.
Su Bailey, Ph.D.
Minnete (Helen) Beckner, Ph.D.
Crystal Clark, M.D.
Charles DeJohn, M.D.
Robert Garza, M.D.
Aruna Gottumakkla, M.D.
Janet Hickey, M.D.
James Ireland, M.D.
Mary Lois Lacey, A.P.R.N.
Wendy Leopoulos, M.D.
Laura Marsh, M.D.
Deleene Menefee, Ph.D.
Brian I. Miller, Ph.D.
Candy Smith, Ph.D.
Avila Steele, Ph.D.
Jill Wanner, Ph.D.
Rachel Wells, Ph.D.
Kaki York-Ward, Ph.D.

Clinici invianti

Sara Allison, M.D.
Leonard Denney, L.C.S.W.
Catherine Flores, L.C.S.W.
Nathalie Marie, M.D.
Christopher Martin, M.D.
Sanjay Mathew, M.D.
Erica Montgomery, M.D.
Gregory Scholl, P.A.
Jocelyn Ulanday, M.D., M.P.H.

Coordinatori della ricerca

Sarah Neely Torres, B.S., Lead Research Coordinator
Kathleen Grout, M.A.
Lea Kiefer, M.P.H.
Jana Tran, M.A.

Assistenti di ricerca volontari

Catherine Clark
Linh Hoang

Menninger Clinic

Ricercatore

Efrain Bleiberg, M.D., Principal Investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Jennifer Baumgardner, Ph.D.
Elizabeth Dodd Conaway, L.C.S.W., B.C.D.
Warren Christianson, D.O.
Wesley Clayton, L.M.S.W.
J. Christopher Fowler, Ph.D.
Michael Groat, Ph.D.
Edythe Harvey, M.D.
Denise Kagan, Ph.D.
Hans Meyer, L.C.S.W.
Segundo Robert-Ibarra, M.D.
Sandhya Trivedi, M.D.
Rebecca Wagner, Ph.D.
Harrell Woodson, Ph.D.
Amanda Yoder, L.C.S.W.

Clinici invianti

James Flack, M.D.
David Ness, M.D.

Coordinatori della ricerca

Steve Herrera, B.S., M.T., Lead Research Coordinator
Allison Kalpakci, B.A.

Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Ricercatori

Mark A. Frye, M.D., Principal Investigator
Glenn E. Smith, Ph.D., Principal Investigator
Jeffrey P. Staab, M.D., M.S., Principal Investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Osama Abulseoud, M.D.
Jane Cerhan, Ph.D.
Julie Fields, Ph.D.
Mark A. Frye, M.D.
Manuel Fuentes, M.D.
Yonas Geda, M.D.
Maria Harmandayan, M.D.
Reba King, M.D.
Simon Kung, M.D.
Mary Machuda, Ph.D.
Donald McAlpine, M.D.
Alastair McKean, M.D.
Juliana Moraes, M.D.
Teresa Rummans, M.D.
James R. Rundell, M.D.
Richard Seime, Ph.D.
Glenn E. Smith, Ph.D.
Christopher Sola, D.O.
Jeffrey P. Staab, M.D., M.S.
Marin Veldic, M.D.
Mark D. Williams, M.D.
Maya Yustis, Ph.D.

Coordinatori della ricerca

Lisa Seymour, B.S., Lead Research Coordinator
Scott Feeder, M.S.
Lee Gunderson, B.S.
Sherrie Hanna, M.A., L.P.
Kelly Harper, B.A.
Katie Mingo, B.A.
Cynthia Stoppel, A.S.

Altri membri dello staff

Anna Frye
Andrea Hogan

Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Ricercatori

Mahendra T. Bhati, M.D., Principal Investigator
Marna S. Barrett, Ph.D., Co-investigator
Michael E. Thase, M.D., Co-investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Peter B. Bloom, M.D.
Nicole K. Chalmers, L.C.S.W.
Torrey A. Creed, Ph.D.
Mario Cristancho, M.D.
Amy Cunningham, Psy.D.
John P. Dennis, Ph.D.
Josephine Elia, M.D.
Peter Gariti, Ph.D., L.C.S.W.
Philip Gehrman, Ph.D.
Laurie Gray, M.D.
Emily A.P. Haigh, Ph.D.
Nora J. Johnson, M.B.A., M.S., Psy.D.
Paulo Knapp, M.D.
Yong-Tong Li, M.D.
Bill Mace, Ph.D.
Kevin S. McCarthy, Ph.D.
Dimitri Perivoliotis, Ph.D.
Luke Schultz, Ph.D.
Tracy Steen, Ph.D.
Chris Tjoa, M.D.
Nancy A. Wintering, L.C.S.W.

Clinici invianti

Eleanor Ainslie, M.D.
Kelly C. Allison, Ph.D.
Rebecca Aspden, M.D.
Claudia F. Baldassano, M.D.
Vijayta Bansal, M.D.
Rachel A. Bennett, M.D.
Richard Bollinger, Ph.D.
Andrea Bowen, M.D.
Karla Campanella, M.D.
Anthony Carlino, M.D.
Noah Carroll, M.S.S.
Alysia Cirona, M.D.
Samuel Collier, M.D.
Andreea Crauciuc, L.C.S.W.
Pilar Cristancho, M.D.
Traci D'Almeida, M.D.
Kathleen Diller, M.D.
Benoit Dubé, M.D.
Jon Dukes, M.S.W.
Lauren Elliott, M.D.
Mira Elwell, B.A.
Mia Everett, M.D.
Lucy F. Faulconbridge, Ph.D.
Patricia Furlan, Ph.D.
Joanna Goldstein, L.C.S.W.
Paul Grant, Ph.D.
Jillian Graves, L.C.S.W.
Tamar Gur, M.D., Ph.D.
Alisa Gutman, M.D., Ph.D.
Nora Hymowitz, M.D.
Sofia Jensen, M.D.
Tiffany King, M.S.W.
Katherine Levine, M.D.
Alice Li, M.D.
Janet Light, L.C.S.W.
John Listerud, M.D., Ph.D.
Emily Malcoun, Ph.D.
Donovan Maust, M.D.
Adam Meadows, M.D.
Michelle Moyer, M.D.

Rebecca Naugle, L.C.S.W.
Cory Newman, Ph.D.
John Northrop, M.D., Ph.D.
Elizabeth A. Ellis Ohr, Psy.D.
John O'Reardon, M.D.
Abraham Pachikara, M.D.
Andrea Perelman, M.S.W.
Diana Perez, M.S.W.
Bianca Previdi, M.D.
J. Russell Ramsay, Ph.D.
Jorge Rivera-Colon, M.D.
Jan Smedley, L.C.S.W.
Katie Struble, M.S.W.
Aita Susi, M.D.
Yekaterina Tatarchuk, M.D.
Ellen Tarves, M.A.
Allison Tweedie, M.D.
Holly Valerio, M.D.
Thomas A. Wadden, Ph.D.
Joseph Wright, Ph.D.
Yan Xuan, M.D.
David Yusko, Psy.D.

Coordinatori della ricerca

Jordan A. Coello, B.A., Lead Research Coordinator
Eric Wang, B.S.E.

Ricercatori assistenti/interni volontari

Jeannine Barker, M.A., A.T.R.
Jacqueline Baron
Kelsey Bogue
Alexandra Ciomek
Martekuor Dodoo, B.A.
Julian Domanico
Laura Heller, B.A.
Leah Hull-Rawson, B.A.
Jacquelyn Klehm, B.A.
Christina Lam
Dante Proetto, B.S.
Molly Roy
Casey Shannon

Stanford University School of Medicine, Stanford, California

Ricercatori

Carl Feinstein, M.D., Principal Investigator
Debra Safer, M.D., Principal Investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Kari Berquist, Ph.D.
Eric Clausell, Ph.D.
Danielle Colborn, Ph.D.
Whitney Daniels, M.D.
Alison Darcy, Ph.D.
Krista Fielding, M.D.
Mina Fisher, M.D.
Kara Fitzpatrick, Ph.D.
Wendy Froehlich, M.D.
Grace Gengoux, Ph.D.
Anna Cassandra Golding, Ph.D.
Lisa Groesz, Ph.D.
Kyle Hinman, M.D.
Rob Holaway, Ph.D.
Matthew Holve, M.D.
Rex Huang, M.D.
Nina Kirz, M.D.
Megan Klabunde, Ph.D.
John Leckie, Ph.D.
Naomi Leslie, M.D.
Adrianne Lona, M.D.
Ranvinder Rai, M.D.
Rebecca Rialon, Ph.D.
Beverly Rodriguez, M.D., Ph.D.
Debra Safer, M.D.
Mary Sanders, Ph.D.
Jamie Scaletta, Ph.D.
Norah Simpson, Ph.D.
Manpreet Singh, M.D.
Maria-Christina Stewart, Ph.D.
Melissa Vallas, M.D.
Patrick Whalen, Ph.D.
Sanno Zack, Ph.D.

Clinici invianti

Robin Apple, Ph.D.
Victor Carrion, M.D.
Carl Feinstein, M.D.
Christine Gray, Ph.D.
Antonio Hardan, M.D.
Megan Jones, Psy.D.
Linda Lotspeich, M.D.
Lauren Mikula, Psy.D.
Brandyn Street, Ph.D.
Violeta Tan, M.D.
Heather Taylor, Ph.D.
Jacob Towery, M.D.
Sharon Williams, Ph.D.

Coordinatori della ricerca

Kate Arnow, B.A., Lead Research Coordinator
Nandini Datta, B.S.
Stephanie Manasse, B.A.

Ricercatori assistenti/interni volontari

Arianna Martin, M.S.
Adriana Nevado, B.A.

Children's Hospital Colorado, Aurora, Colorado

Ricercatori

Marianne Wamboldt, M.D., Principal Investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Galia Abadi, M.D.
Steven Behling, Ph.D.
Jamie Blume, Ph.D.
Adam Burstein, M.D.
Debbie Carter, M.D.
Kelly Caywood, Ph.D.
Meredith Chapman, M.D.
Paulette Christian, A.P.P.M.H.N.
Mary Cook, M.D.
Anthony Cordaro, M.D.
Audrey Dumas, M.D.
Guido Frank, M.D.
Karen Frankel, Ph.D.
Darryl Graham, Ph.D.
Yael Granader, Ph.D.
Isabelle Guillemet, M.D.
Patrece Hairston, Ph.D.
Charles Harrison, Ph.D.
Tammy Herckner, L.C.S.W.
Cassie Karlsson, M.D.
Kimberly Kelsay, M.D.
David Kieval, Ph.D.
Megan Klabunde, Ph.D.
Jaimelyn Kost, L.C.S.W.
Harrison Levine, M.D.
Raven Lipmanson, M.D.
Susan Lurie, M.D.
Asa Marokus, M.D.
Idalia Massa, Ph.D.
Christine McDunn, Ph.D.
Scot McKay, M.D.
Marissa Murgolo, L.C.S.W.
Alyssa Oland, Ph.D.
Lina Patel, Ph.D.
Rheena Pineda, Ph.D.
Gautam Rajendran, M.D.
Diane Reichmuth, Ph.D
Michael Rollin, M.D.
Marlena Romero, L.C.S.W.
Michelle Roy, Ph.D.
Celeste St. John-Larkin, M.D.
Elise Sannar, Ph.D.
Daniel Savin, M.D.
Claire Dean Sinclair, Ph.D.
Ashley Smith, L.C.S.W.
Mindy Solomon, Ph.D.
Sally Tarbell, Ph.D.
Helen Thilly, L.C.S.W.
Sara Tlustos-Carter, Ph.D.
Holly Vause, A.P.P.M.H.N
Marianne Wamboldt, M.D.
Angela Ward, L.C.S.W.
Jason Williams, Ph.D.
Jason Willoughby, Ph.D.
Brennan Young, Ph.D.

Clinici invianti

Kelly Bhatnagar, Ph.D.
Jeffery Dolgan, Ph.D.
Jennifer Eichberg, L.C.S.W.
Jennifer Hagman, M.D.
James Masterson, L.C.S.W.
Hy Gia Park, M.D.
Tami Roblek, Ph.D.
Wendy Smith, Ph.D.
David Williams, M.D.

Coordinatori della ricerca

Laurie Burnside, M.S.M., C.C.R.C., Lead Research Coordinator
Darci Anderson, B.A., C.C.R.C.
Heather Kennedy, M.P.H.
Amanda Millar, B.A.
Vanessa Waruinge, B.S.
Elizabeth Wallace, B.A.

Ricercatori assistenti/interni volontari

Wisdom Amouzou
Ashley Anderson
Michael Richards
Mateya Whyte

Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts

Ricercatori

Bruce Waslick, M.D., Principal Investigator
Cheryl Bonica, Ph.D., Co-investigator
John Fanton, M.D., Co-investigator
Barry Sarvet, M.D., Co-investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Julie Bermant, R.N., M.S.N., N.P.
Cheryl Bonica, Ph.D.
Jodi Devine, L.I.C.S.W.
William Fahey, Ph.D.
John Fanton, M.D.
Stephane Jacobus, Ph.D.
Barry Sarvet, M.D.
Peter Thunfors, Ph.D.
Bruce Waslick, M.D.
Vicki Weld, L.I.C.S.W.
Sara Wiener, L.I.C.S.W.
Shadi Zaghloul, M.D.

Clinici invianti

Sarah Detenber, L.I.C.S.W.
Gordon Garrison, L.I.C.S.W.
Jacqueline Humpreys, L.I.C.S.W.
Noreen McGirr, L.I.C.S.W.
Sarah Marcotte, L.C.S.W.
Patricia Rogowski, R.N., C.N.S.

Coordinatori della ricerca

Julie Kingsbury, C.C.R.P., Lead Research Coordinator
Brenda Martin, B.A.

Ricercatori assistenti/interni volontari

Liza Detenber

New York State Psychiatric Institute, New York, N.Y., Weill Cornell Medical College, Payne Whitney and Westchester Divisions, New York and White Plains, N.Y., and North Shore Child and Family Guidance Center, Roslyn Heights, N.Y. (Joint Study Site)

Ricercatore

Prudence W. Fisher, Ph.D., Principal Investigator

Coordinatori della ricerca

Julia K. Carmody, B.A., Lead Research Coordinator
Zvi R. Shapiro, B.A., Lead Research Coordinator

Volontari

Preeya Desai
Samantha Keller
Jeremy Litfin, M.A.
Sarah L. Pearlstein, B.A.
Cedilla Sacher

New York State Psychiatric Institute

Clinici (invianti e intervistatori)

Michele Cohen, L.C.S.W.
Eduvigis Cruz-Arrieta, Ph.D.
Miriam Ehrensaft, Ph.D.
Laurence Greenhill, M.D.
Schuyler Henderson, M.D., M.P.H.
Sharlene Jackson, Ph.D.
Lindsay Moskowitz, M.D.
Sweene C. Oscar, Ph.D.
Xenia Protopopescu, M.D.
James Rodriguez, Ph.D.
Gregory Tau, M.D.
Melissa Tebbs, L.C.S.W.
Carolina Velez-Grau, L.C.S.W.
Khadijah Booth Watkins, M.D.

Clinici invianti

George Alvarado, M.D.
Alison Baker, M.D.
Elena Baron, Psy.D.
Lincoln Bickford, M.D., Ph.D.
Zachary Blumkin, Psy.D.
Colleen Cullen, L.C.S.W.
Chyristianne DeAlmeida, Ph.D.
Matthew Ehrlich, M.D.
Eve Friedl, M.D.
Clare Gaskins, Ph.D.
Alice Greenfield, L.C.S.W.
Liora Hoffman, M.D.
Kathleen Jung, M.D.
Karimi Mailutha, M.D., M.P.H.
Valentina Nikulina, Ph.D.
Tal Reis, Ph.D.
Moira Rynn, M.D.
Jasmine Sawhney, M.D.
Sarajbit Singh, M.D.
Katherine Stratigos, M.D.
Oliver Stroeh, M.D.
Russell Tobe, M.D.

Meghan Tomb, Ph.D.
Michelle Tricamo, M.D.

Coordinatori della ricerca

Angel A. Caraballo, M.D.
Erica M. Chin, Ph.D.
Daniel T. Chrzanowski, M.D.
Tess Dougherty, B.A.
Stephanie Hundt, M.A.
Moira A. Rynn, M.D.
Deborah Stedge, R.N.

Weill Cornell Medical College, Payne Whitney and Westchester Divisions

Clinici (invianti e intervistatori)

Archana Basu, Ph.D.
Shannon M. Bennett, M.D.
Maria De Pena-Nowak, M.D.
Jill Feldman, L.M.S.W.
Dennis Gee, M.D.
Jo R. Hariton, Ph.D.
Lakshmi P. Reddy, M.D.
Margaret Yoon, M.D.
Jodi Gold, M.D.
Tejal Kaur, M.D.
Aaron Krasner, M.D.
Amy Miranda, L.C.S.W.
Cynthia Pfeffer, M.D.
James Rebeta, Ph.D.
Sharon Skariah, M.D.
Jeremy Stone, Ph.D.
Dirk Winter, M.D.

Clinici invianti

Margo Benjamin, M.D.
Vanessa Bobb, M.D.
Elizabeth Bochtler, M.D.
Katie Cave, L.C.S.W.
Maalobeeka Gangopadhyay, M.D.

Coordinatori della ricerca

Alex Eve Keller, B.S., Lead Research Coordinator
Nomi Bodner (volunteer)
Barbara L. Flye, Ph.D.
Jamie S. Neiman (volunteer)
Rebecca L. Rendleman, M.D.

North Shore Child and Family Guidance Center

Clinici (invianti e intervistatori)

Casye Brachfeld-Launer, L.C.S.W.
Susan Klein Cohen, Ph.D.
Amy Gelb, L.C.S.W.-R.
Jodi Glasser, L.C.S.W.
Elizabeth Goulding-Tag, L.C.S.W.
Deborah B. Kassimir, L.C.S.W.
Margo Posillico Messina, L.C.S.W.
Andréa Moullin-Heddle, L.M.S.W.
Lisa Pineda, L.C.S.W.
Elissa Smilowitz, L.C.S.W.

Clinici invianti

Regina Barros-Rivera, L.C.S.W.-R. Assistant Executive Director
Maria Christiansen, B.S.
Amy Davies-Hollander, L.M.S.W.
Eartha Hackett, M.S.Ed., M.Sc., B.Sc.
Bruce Kaufstein, L.C.S.W.-R, Director of Clinical Services
Kathy Knaust, L.C.S.W.
John Levinson, L.C.S.W.-R, B.C.D.
Andrew Maleckoff, L.C.S.W., Executive Director/CEO
Sarah Rosen, L.C.S.W.-R, A.C.S.W.
Abigail Rothenberg, L.M.S.W.
Christine Scotten, A.C.S.W.
Michelle Spatano, L.C.S.W.-R.
Diane Straneri, M.S., R.N., C.S.
Rosara Torrisi, L.M.S.W.
Rob Vichnis, L.C.S.W.

Coordinatori della ricerca

Toni Kolb-Papetti, L.C.S.W.
Sheena M. Dauro (volunteer)

Studio pilota per le ricerche sul campo, Johns Hopkins Medical Institution, Baltimore, Maryland

Soggetti adulti

Community Psychiatry Outpatient Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Main Campus

Ricercatori

Bernadette Cullen, M.B., B.Ch., B.A.O., Principal Investigator
Holly C. Wilcox, Ph.D., Principal Investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Bernadette Cullen, M.B., B.Ch., B.A.O.
Shane Grant, L.C.S.W.-C.
Charee Green, L.C.P.C.
Emily Lorensen, L.C.S.W.-C.
Kathleen Malloy, L.C.P.C.
Gary Pilarchik, L.C.S.W.-C.
Holly Slater, L.C.P.C.
Stanislav Spivak, M.D.
Tarcia Spencer Turner, L.C.P.C.
Nicholas Seldes Windt, L.C.S.W.-C.

Coordinatori della ricerca

Mellisha McKitty, B.A.
Alison Newcomer, M.H.S.

Soggetti pediatrici

Child and Adolescent Outpatient Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Bayview Medical Center

Ricercatori

Joan P. Gerring, M.D., Principal Investigator
Leslie Miller, M.D., Principal Investigator
Holly C. Wilcox, Ph.D., Co-investigator

Clinici (invianti e intervistatori)

Shannon Barnett, M.D.
Gwen Condon, L.C.P.C.
Brijan Fellows, L.C.S.W.-C.
Heather Garner, L.C.S.W.-C.
Joan P. Gerring, M.D.
Anna Gonzaga, M.D.
Debra Jenkins, L.C.S.W.-C.
Paige N. Johnston, L.C.P.C.
Brenda Memel, D.N.P., R.N.
Leslie Miller, M.D.
Ryan Moore, L.C.S.W.-C.
Shauna Reinblatt, M.D.
Monique Vardi, L.C.P.C.

Coordinatori della ricerca

Mellisha McKitty, B.A.
Alison Newcomer, M.H.S.

Ricerche sul campo in setting di pratica clinica abituale: Collaboratori

Archil Abashidze, M.D.
Francis R. Abueg, Ph.D.
Jennifer Louise Accuardi, M.S.
Balkozar S. Adam, M.D.
Miriam E. Adams, Sc.D., M.S.W., L.I.C.S.W.
Suzanna C. Adams, M.A.
Lawrence Adler, M.D.
Rownak Afroz, M.D.
Khalid Afzal, M.D.
Joseph Alimasuya, M.D.
Emily Allen, M.S.
Katherine A. Allen, L.M.F.T., M.A.
William D. Allen, M.S.
Jafar AlMashat, M.D.
Anthony T. Alonzo, D.M.F.T.
Guillermo Alvarez, B.A., M.A.
Angela Amoia-Lutz, L.M.F.T.
Krista A. Anderson, M.A., L.M.F.T.

Lisa R. Anderson, M.Ed., L.C.P.C.
Pamela M. Anderson, L.M.F.T.
Shannon N. Anderson, M.A., L.P.C., N.C.C.
Eric S. Andrews, M.A.
Vicki Arbuckle, M.S., Nursing (N.P.)
Namita K. Arora, M.D.
Darryl Arrington, M.A.
Bearlyn Y. Ash, M.S.
Wylie J. Bagley, Ph.D.
Kumar D. Bahl, M.D.
Deborah C. Bailey, M.A., M.S., Ph.D.
Carolyn Baird, D.N.P., M.B.A., R.N.-B.C., C.A.R.N.-A.P., I.C.C.D.P.D.
Joelle Bangsund, M.S.W.
Maria Baratta, M.S.W., Ph.D.
Stan Barnard, M.S.W.
Deborah Barnes, M.S.
Margaret L. Barnes, Ph.D.
David Barnum, Ph.D.
Raymond M. Baum, M.D.
Edward Wescott Beal, M.D.
Michelle Beaudoin, M.A.
Ernest E. Beckham, Ph.D.
Lori L. Beckwith, M.Ed.
Emmet Bellville, M.A.
Randall E. Bennett, M.A.
Lynn Benson, Ph.D.
Robert Scott Benson, M.D.
Linda Benton, M.S.W.
Ditza D. Berger, Ph.D.
Louise I. Bertman, Ph.D.
Robin Bieber, M.S., L.M.F.T.
Diana M. Bigham, M.A.
David R. Blackburn, Ph.D.
Kelley Blackwell, L.M.F.T.
Lancia Blatchley, B.A., L.M.F.T.
Stacey L. Block, L.M.S.W., A.C.S.W.
Karen J. Bloodworth, M.S., N.C.C., L.P.C.
Lester Bloomenstiel, M.S.
Christine M. Blue, D.O.
Marina Bluvshtein, Ph.D.
Callie Gray Bobbitt, M.S.W., L.C.S.W.
Moses L. Boone Jr., L.M.S.W., B.C.D.
Steffanie Boudreau-Thomas, M.A.-L.P.C.
Jay L. Boulter, M.A.
Aaron Daniel Bourne, M.A.
Helen F. Bowden, Ph.D.
Aryn Bowley-Safranek, B.S., M.S.
Elizabeth Boyajian, Ph.D.
Beth K. Boyarsky, M.D.
Gail M. Boyd, Ph.D.
Jeffrey M. Brandler, Ed.S., C.A.S., S.A.P.
Sandra L. Branton, Ed.D.
Karen J. Brocco-Kish, M.D.
Kristin Brooks, P.M.H.N.P.
Ann Marie Brown, M.S.W.
Philip Brown, M.S.W.
Kellie Buckner, Ed.S.
Richard Bunt, M.D.
Neil F. Buono, D.Min.
Janice Bureau, M.S.W., L.C.S.W.
Kimlee Butterfield, M.S.W.
Claudia Byrne, Ph.D.
Quinn Callicott, M.S.W., L.C.S.W.
Alvaro Camacho, M.D., M.P.H.
Sandra Cambra, Ph.D.
Heather Campbell, M.A.
Nancy Campbell, Ph.D., M.S.W.
Karen Ranee Canada, L.M.F.T.
Joseph P. Cannavo, M.D.
Catherine F. Caporale, Ph.D.
Frederick Capps, Ph.D., M.S.
Rebecca J. Carney, M.B.A., M.A., L.M.H.C.
Kelly J. Carroll, M.S.W.
Richard W. Carroll, Ph.D., L.P.C., A.C.S.
Sherry Casper, Ph.D.
Joseph A. Catania, L.I.S.W.S., L.C.D.C. III
Manisha P. Cavendish, Ph.D.
Kenneth M. Certa, M.D.
Shambhavi Chandraiah, M.D.
Calvin Chatlos, M.D.
Daniel C. Chen, M.D.
Darlene Cheryl, M.S.W.
Matthew R. Chirman, M.S.
Carole A. Chisholm, M.S.W.
Shobha A. Chottera, M.D.
Joseph Logue Christenson, M.D.
Pamela Christy, Psy.D.
Sharon M. Freeman Clevenger, Ph.D., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Mary Ann Cohen, M.D.
Mitchell J. Cohen, M.D.
Diego L. Coira, M.D.
Melinda A. Lawless Coker, Psy.D.
Carol Cole, M.S.W., L.C.S.W.
Caron Collins, M.A., L.M.F.T.
Wanda Collins, M.S.N.
Linda Cook Cason, M.A.
Ayanna Cooke-Chen, M.D., Ph.D.
Heidi B. Cooperstein, D.O.
Ileana Corbelle, M.S.W.
Kimberly Corbett, Psr.D.
Angelina Cordova, M.A.Ed.
Jennifer Carol Cox, L.P.C.
Sheree Cox, M.A., R.N., N.C.C., D.C.C., L.M.H.C.
William Frederick Cox, M.D.
Sally M. Cox, M.S.Ed.
Debbie Herman Crane, M.S.W.
Arthur Ray Crawford, III, Ph.D.
Roula Creighton, M.D.
John R. Crossfield, L.M.H.C.

Sue Cutbirth, R.N., M.S.N, C.S., P.M.H.N.P.
Marco Antonio Cuyar, M.S.
Rebecca Susan Daily, M.D.
Lori S. Danenberg, Ph.D.
Chan Dang-Vu, M.D.
Mary Hynes Danielak, Psy.D.
Cynthia A. Darby, M.Ed., Ed.S.
Douglas Darnall, Ph.D.
Christopher Davidson, M.D.
Doreen Davis, Ph.D., L.C.S.W.
Sandra Davis, Ph.D., L.M.H.C., N.C.C.
Walter Pitts Davis, M.Th.
Christian J. Dean, Ph.D.
Kent Dean, Ph.D.
Elizabeth Dear, M.A.
Shelby DeBause, M.A.
Rebecca B. DeLaney, M.S.S.W., L.C.S.W., B.C.D.
John R. Delatorre, M.A.
Frank DeLaurentis, M.D.
Eric Denner, M.A., M.B.A.
Mary Dennihan, L.M.F.T.
Kenny Dennis, M.A.
Pamela L. Detrick, Ph.D., M.S., F.N.P.-B.C., P.M.H.N.P.-B.C., R.N.-B.C., C.A.P., G.C.A.C.
Robert Detrinis, M.D.
Daniel A. Deutschman, M.D.
Tania Diaz, Psy.D.
Sharon Dobbs, M.S.W., L.C.S.W.
David Doreau, M.Ed.
Gayle L. Dosher, M.A.
D'Ann Downey, Ph.D., M.S.W.
Beth Doyle, M.A.
Amy J. Driskill, M.S., L.C.M.F.T.
James Drury, M.D.
Brenda-Lee Duarte, M.Ed.
Shane E. Dulemba, M.S.N.
Nancy R.G. Dunbar, M.D.
Cathy Duncan, M.A.
Rebecca S. Dunn, M.S.N., A.R.N.P.
Debbie Earnshaw, M.A.
Shawna Eddy-Kissell, M.A.
Momen El Nesr, M.D.
Jeffrey Bruce Elliott, Psy.D.
Leslie Ellis, Ph.D.
Donna M. Emfield, L.C.P.C.
Gretchen S. Enright, M.D.
John C. Espy, Ph.D.
Renuka Evani, M.B.B.S., M.D.
Heather Evans, M.S.Ed., L.P.C.N.C.C.
Cesar A. Fabiani, M.D.
Fahim Fahim, M.D.
Samuel Fam, M.D.
Edward H. Fankhanel, Ph.D., Ed.D.
Tamara Farmer, M.S.N., A.R.N.P.
Farida Farzana, M.D.
Philip Fast, M.S.
Patricia Feltrup-Exum, M.A.M.F.T.
Hector J. Fernandez-Barillas, Ph.D.
Julie Ferry, M.S.W., L.I.C.S.W.
Jane Fink, Ph.D., M.S.S.A.
Kathy Finkle, L.P.C.M.H.
Steven Finlay, Ph.D.
Rik Fire, M.S.W., L.C.S.W.
Ann Flood, Ph.D.
Jeanine Lee Foreman, M.S.
Thyra Fossum, Ph.D.
Karen S. Franklin, L.I.C.S.W.
Sherre K. Franklin, M.A.
Helen R. Frey, M.A., E.D.
Michael L. Freytag, B.S., M.A.
Beth Gagnon, M.S.W.
Patrice L.R. Gallagher, Ph.D.
Angela J. Gallien, M.A.
Robert Gallo, M.S.W.
Mario Galvarino, M.D.
Vladimir I. Gasca, M.D.
Joshua Gates, Ph.D.
Anthony Gaudioso, Ph.D.
Michelle S. Gauthier, A.P.R.N., M.S.N, P.M.H.N.P.-B.C.
Rachel E. Gearhart, L.C.S.W.
Stephen D. Gelfond, M.D.
Nancy S. Gerow, M.S.
Michael J. Gerson, Ph.D.
Susan M.A. Geyer, L.M.S.W.
Lorrie Gfeller-Strouts, Ph.D.
Shubu Ghosh, M.D.
Richard Dorsey Gillespie, M.Div.
Stuart A. Gitlin, M.S.S.A.
Jeannette E. Given, Ph.D.
Frances Gizzi, L.C.S.W.
Stephen I. Glicksman, Ph.D.
Martha Glisky, Ph.D.
Sonia Godbole, M.D.
Howard M. Goldfischer, Psy.D.
Mary Jane Gonzalez-Huss, Ph.D.
Michael I. Good, M.D.
Dawn Goodman-Martin, M.A.-L.M.H.C.
Robert Gorkin, Ph.D., M.D.
Jeff Gorski, M.S.W.
Linda O. Graf, M.Ed., L.C.P.C.
Ona Graham, Psy.D.
Aubrie M. Graves, L.M.S.W., C.A.S.A.C.
Howard S. Green, M.D.
Karen Torry Green, M.S.W.
Gary Greenberg, Ph.D.
Marjorie Greenhut, M.A.
James L. Greenstone, Ed.D., J.D.
Raymond A. Griffin, Ph.D.
Joseph Grillo, Ph.D.

Janeane M. Grisez, A.A., B.A.
Lawrence S. Gross, M.D.
Robert J. Gross, M.D.
Sally J. Grosscup, Ph.D.
Philip A. Grossi, M.D.
Gabrielle Guedet, Ph.D.
Nicholas Guenzel, B.A., B.S., M.S.N.
Mary G. Hales, M.A.
Tara C. Haley, M.S., L.M.F.T.
John D. Hall, M.D.
Amy Hammer, M.S.W.
Michael S. Hanau, M.D.
Linda K.W. Hansen, M.A., L.P.
Genevieve R. Hansler, M.S.W.
Mary T. Harrington, L.C.S.W.
Lois Hartman, Ph.D.
Steven Lee Hartsock, Ph.D., M.S.W.
Victoria Ann Harwood, M.S.W., L.C.S.W.
Rossi A. Hassad, Ph.D., M.P.H.
Erin V. Hatcher, M.S.N.
Richard L. Hauger, M.D.
Kimberly M. Haverly, M.A.
Gale Eisner Heater, M.S., M.F.T.
Katlin Hecox, M.A.
Brenda Heideman, M.S.W.
Melinda Heinen, M.Sc.
Marie-Therese Heitkamp, M.S.
Melissa B. Held, M.A.
Jessica Hellings, M.D.
Bonnie Helmick-O'Brien, M.A., L.M.F.T.
MaLinda T. Henderson, M.S.N, F.P.M.H.N.P.
Gwenn Herman, M.S.W.
Martha W. Hernandez, M.S.N, A.P.R.N., P.M.H.C.N.S.
Robin L. Hewitt, M.S.
Kenneth Hoffman, Ph.D.
Patricia E. Hogan, D.O.
Peggy Holcomb, Ph.D.
Garland H. Holloman Jr., M.D.
Kimberly Huegel, M.S.W., L.C.S.W.
Jason Hughes, L.P.C.-S., N.C.C.
Jennifer C. Hughes, Ph.D., M.S.W., L.I.S.W.-S.
Michelle K. Humke, M.A.
Judith G. Hunt, L.M.F.T.
Tasneem Hussainee, M.D.
Sharlene J. Hutchinson, M.S.N.
Muhammad Ikram, M.D.
Sunday Ilechukwu, M.D., D.Psy. Cli.
Douglas H. Ingram, M.D.
Marilynn Irvine, Ph.D.
Marjorie Isaacs, Psy.D.
Raymond Isackila, Ed.S., P.C.C.-S., L.I.C.D.C.
Mohammed A. Issa, M.D.
John L. Jankord, M.A.
Barbara P. Jannah, L.C.S.W.
C. Stuart Johnson, M.S.
Dawn M. Johnson, M.A.
Deanna V. Johnson, M.S., A.P.R.N., B.C.
Eric C. Johnson, M.F.T.
Joy Johnson, Ph.D., L.C.S.W.
Willard Johnson, Ph.D.
Xenia Johnson-Bhembe, M.D.
Vann S. Joines, Ph.D.
Margaret Jones, Psy.D.
Patricia Jorgenson, M.S.W.
Steven M. Joseph, M.D.
Taylere Joseph, M.A.
Jeanette M. Joyner-Craddock, M.S.S.W.
Melissa Kachapis, M.A.
Charles T. Kaelber, M.D.
Aimee C. Kaempf, M.D.
Peter Andrew Kahn, M.D.
Robert P. Kahn-Rose, M.D.
Maher Karam-Hage, M.D.
Todd H. Kasdan, Ph.D.
Karen Kaufman, M.S., L.M.F.T.
Rhesa Kaulia, M.A., M.F.T.
Debbie Lynn Kelly, M.S.N., P.M.H.N.P.-B.C.
W. Stephen Kelly, Ph.D.
Selena Kennedy, M.A.
Judith A. Kenney, M.S., L.P.C.
Mark Patrick Kerekes, M.D.
Alyse Kerr, M.S., N.C.C., N.A.D.D.-C.C., L.P.C.
Karen L. Kerschmann, L.C.S.W.
Marcia Kesner, M.S.
Ashan Khan, Ph.D.
Shaukat Khan, M.D.
Audrey Khatchikian, Ph.D.
Laurie B. Kimmel, M.S.W.
Jason H. King, Ph.D.
Nancy Leigh King, M.S.W., L.C.S.W., L.C.A.S.
Kyle Kinne, M.S.C.
Cassandra M. Klyman, M.D.
David R. Knapp, L.C.S.W.
Margaret Knerr, M.S.
Michael R. Knox, Ph.D.
Carolyn Koblin, M.S.
Valerie Kolbert, M.S., A.R.N.P.-B.C.
Heather Koontz, M.S.W.
Faye Koop, Ph.D., L.C.M.F.T.
Fern M. Kopakin, M.S.W., L.C.S.W.
Joel Kotin, M.D.
Sharlene K. Kraemer, M.S.E.
Marjorie Vego Krausz, M.A., Ed.D.
Nancy J. Krell, M.S.W.
Mindy E. Kronenberg, Ph.D.
Dwayne Kruse, M.S., M.F.T.
Ajay S. Kuchibhatla, M.D.
Shubha N. Kumar, M.D.
Helen H. Kyomen, M.D., M.S.
Rebecca M. Lachut, M.Ed., Ed.S.

Alexis Lake, M.S.S.
Ramaswamy Lakshmanan, M.D.
Brigitta Lalone, L.C.S.W.-R
John W. Lancaster, Ph.D.
Patience R. Land, L.I.C.S.W., M.S.W., M.P.A.
Amber Lange, M.A., Ph.D.
Jeff K. Larsen, M.A.
Nathan E. Lavid, M.D.
Michelle Leader, Ph.D.
Stephen E. Lee, M.D.
Cathryn L. Leff, Ph.D., L.M.F.T.
Rachael Kollar Leombruno, L.M.F.T.
Arlene I. Lev, M.S.W., L.C.S.W.-R
Gregory K. Lewis, M.A.-L.M.F.T.
Jane Hart Lewis, M.S.
Melissa S. Lewis, M.S.W., L.I.C.S.W.
Norman Gerald Lewis, F.R.A.N.Z.C.P.
Robin Joy Lewis, Ph.D.
Ryan Michael Ley, M.D.
Tammy R. Lias, M.A.
Russell F. Lim, M.D.
Jana Lincoln, M.D.
Ted Lindberg, L.M.S.W., L.M.F.T., M.S.W.
Peggy Solow Liss, M.S.W.
Andrea Loeb, Psy.D.
William David Lohr, M.D.
Mary L. Ludy, M.A., L.M.H.C., L.M.F.T.
Nathan Lundin, M.A., L.P.C.
Veena Luthra, M.D.
Patti Lyerly, L.C.S.W.
Denise E. Maas, M.A.
Silvia MacAllister, L.M.F.T.
Nicola MacCallum, M.S., M.F.C. Therapy
Colin N. MacKenzie, M.D.
Cynthia Mack-Ernsdorff, Ph.D.
John R. Madsen-Bibeau, M.S., M.Div.
Christopher J. Maglio, Ph.D.
Deepak Mahajan, M.D.
Debra Majewski, M.A.
Harish Kumar Malhotra, M.D.
Pamela Marcus, R.N., M.S.
Mary P. Marshall, Ph.D.
Flora Lynne Martin, M.A., L.P.C., A.D.C.
Robert S. Martin, M.D.
Jennifer L. Martinez, M.S.
Ninfa Martinez-Aguilar, M.A., M.F.T.
Emily Martinsen, M.S.W.
Farhan A. Matin, M.D.
Janus Maybee, P.M.H.N.P.
Karen Mazarin-Stanek, M.A.
Eben L. McClenahan, M.D., M.S.
Jerlyn C. McCleod, M.D.
Susan E. McCue, M.S.W., L.C.S.W.
Kent D. McDonald, M.S.
Daniel McDonnell, M.S.N, P.M.H.-N.P.
Robert McElhose, Ph.D.
Lisa D. McGrath, Ph.D.
Mark McGrosky, M.S.W.
Katherine M. McKay, Ph.D.
Darren D. McKinnis, M.S.W.
Mona McNelis-Broadley, M.S.W., L.C.S.W.
Rick McQuistion, Ph.D.
Susan Joy Mendelsohn, Psy.D.
Barbara S. Menninga, M.Ed.
Hindi Mermelstein, M.D., F.A.P.M.
Rachel B. Michaelsen, M.S.W.
Thomas F. Micka, M.D.
Tonya Miles, Psy.D.
Matthew Miller, M.S.
Michael E. Miller, M.D.
Noel Miller, L.M.S.W., M.B.A., M.P.S.
Kalpana Miriyala, M.D.
Sandra Moenssens, M.S.
Erin Mokhtar, M.A.
Robert E. Montgomery, M.Ed.
Susan Moon, M.A.
Theresa K. Moon, M.D.
David B. Moore, B.A., M.Div., M.S.S.W., Ph.D.
Joanne M. Moore, M.S.
Peter I.M. Moran, M.B.B.Ch.
Anna Moriarty, M.P.S., L.P.C., L.M.H.C.
Richard Dean Morris, M.A.
Michael M. Morrison, M.A.
Carlton E. Munson, Ph.D.
Timothy A. Murphy, M.D.
Beth L. Murphy, Psy.D.
Melissa A. Myers, M.D.
Stefan Nawab, M.D.
Allyson Matney Neal, D.N.P.
Steven Nicholas, M.A.
Aurelian N. Niculescu, M.D.
Earl S. Nielsen, Ph.D.
Terry Oleson, Ph.D.
Julianne R. Oliver, B.S., M.S., Ph.D.
Robert O. Olsen, M.D.
Amy O'Neill, M.D.
Oscar H. Oo, Psy.D., A.B.P.P.
Laurie Orlando, J.D., M.A.
Jill Osborne, M.S., Ed.S.
Kimberly Overlie, M.S.
L. Kola Oyewumi, Ph.D.
Zachary J. Pacha, M.S.W.
Suzette R. Papadakis, M.S.
Amanda C. Parsons, M.A., L.P.C.C.
Lee R. Pate, B.A., M.A.
Eric L. Patterson, L.P.C.
Sherri Paulson, M.Ed., L.S.C.W.
Peter Dennis Pautz, B.A., M.S.W.
Malinda J. Perkins, M.S.W., L.C.S.W.
Eleanor F. Perlman, M.S.W.
Deborah K. Perry, M.S.W.
Amanda Peterman, L.M.F.T.

Shawn Pflugardt, Psy.D.
Robert J. Dean Phillips, M.S.
Laura Pieper, M.S.W., L.C.S.W.
Lori D. Pink, M.S.W., B.C.D.
Michael G. Pipich, M.S., L.M.F.T.
Cynthia G. Pizzulli, M.S.W., Ph.D.
Kathy C. Points, M.A.
Marya E. Pollack, M.D., M.P.H.
Sanford E. Pomerantz, M.D.
Eva Ponder, M.S.W., Psy.D.
Ernest Poortinga, M.D.
David Post, M.D.
Laura L. Post, M.D., Ph.D., J.D.
Patrick W. Powell, Ed.D.
Beth M. Prewett, Psy.D.
Robert Price, D.C.C., M.Ed.
John Pruett, M.D.
Aneita S. Radov, M.A.
Dawn M. Raffa, Ph.D.
Kavitha Raja, M.D.
Ranjit Ram, M.D.
Mohamed Ibrahim Ramadan, M.D., M.S.
Christopher S. Randolph, M.D.
Nancy Rappaport, M.Ed.
John Moir Rauenhorst, M.D.
Laurel Jean Rebenstock, L.M.S.W.
Edwin Renaud, Ph.D.
Heather J. Rhodes, M.A.
Jennifer S. Ritchie-Goodline, Psy.D.
Daniel G. Roberts, M.A.
Brenda Rohren, M.A., M.F.S., L.I.M.H.P., L.A.D.C., M.A.C.
Donna G. Rolin-Kenny, Ph.D., A.P.R.N., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Sylvia E. Rosario, M.Ed.
Mindy S. Rosenbloom, M.D.
Harvey A. Rosenstock, M.D.
Thalia Ross, M.S.S.W.
Fernando Rosso, M.D.
Barry H. Roth, M.D.
Thomas S. Rue, M.A., L.M.H.C.
Elizabeth Ruegg, L.C.S.W.
Diane Rullo, Ph.D.
Angie Rumaldo, Ph.D.
Eric Rutberg, M.A., D.H.Ed.
Joseph A. Sabella, L.M.H.C.
Kemal Sagduyu, M.D.
Adam H. Saltz, M.S.W.
Jennifer A. Samardak, L.I.S.W.-S.
George R. Samuels, M.A., M.S.W.
Carmen Sanjurjo, M.A.
John S. Saroyan, Ed.D.
Brigid Kathleen Sboto, M.A., M.F.T.
Lori Cluff Schade, M.S.
Joan E. Schaper, M.S.N.
Rae J. Schilling, Ph.D.
Larry Schor, Ph.D.
Donna J. Schwartz, M.S.W., L.I.C.S.W.
Amy J. Schwarzenbart, P.M.H.-C.N.S., B.C., A.P.N.P.
John V. Scialli, M.D.
Chad Scott, Ph.D., L.P.C.C.
Sabine Sell, M.F.T.
Minal Shah, N.S., N.C.C., L.P.C.
Lynn Shell, M.S.N.
Dharmesh Navin Sheth, M.D.
S. Christopher Shim, M.D.
Marta M. Shinn, Ph.D.
Andreas Sidiropoulos, M.D., Ph.D.
Michael Siegell, M.D.
Michael G. Simonds, Psy.D.
Gagandeep Singh, M.D.
Melissa Rae Skrzypchak, M.S.S.W., L.C.S.W.
Paula Slater, M.D.
William Bill Slaughter, M.D., M.A.
Aki Smith, Ph.D.
Deborah L. Smith, Ed.M.
Diane E. Smith, M.A., L.M.F.T.
James S. Sommer, M.S.
J. Richard Spatafora, M.D.
Judy Splittgerber, M.S.N., C.S., N.P.
Thiruneermalai T.G. Sriram, M.D.
Martha W. St. John, M.D.
Sybil Stafford, Ph.D.
Timothy Stambaugh, M.A.
Laura A. Stamboni, M.S.W.
Carol L.R. Stark, M.D.
Stephanie Steinman, M.S.
Claudia M. Stevens, M.S.W.
Jennifer Boyer Stevens, Psy.D.
Dominique Stevens-Young, M.S.W., L.C.S.W.
Kenneth Stewart, Ph.D.
Daniel Storch, M.D.
Suzanne Straebler, A.P.R.N.
Dawn Stremel, M.A., L.M.F.T.
Emel Stroup, Psy.D.
John W. Stump, M.S., L.M.F.T.
Thomas G. Suk, M.A.
Elizabeth Sunzeri, M.S.
Linnea Swanson, M.A., Psy.D.
Patricia Swanson, M.A.
Fereidoon Taghizadeh, M.D.
Bonnie L. Tardif, L.M.H.C., N.C.C., B.C.P.C.C.
Joan Tavares, M.S.W.
Ann Taylor, M.S.W.
Dawn O'Dwyer Taylor, Ph.D.
Chanel V. Tazza, L.M.H.C.
Martha H. Teater, M.A.
Clark D. Terrell, M.D.
Mark R. Thelen, Psy.D.
Norman E. Thibault, M.S., Ph.D.
Tojuana L. Thomason, Ph.D.

Paula Thomson, Psy.D.
D. Chadwick Thompson, M.A.
Susan Thorne-Devin, A.M.
Jean Eva Thumm, M.A.P.C., M.A.T., L.M.F.T., B.C.C.
James E. Tille, Ph.D., D.Min.
Jacalyn G. Tippey, Ph.D.
Saraswathi Tirumalasetty, M.D.
Jacqueline A. Torrance, M.S.
Terrence Trobaugh, M.S.
Louisa V. Troemel, Psy.D., L.M.F.T.
Susan Ullman, M.S.W.
Jennifer M. Underwood, M.S.W., L.C.S.W.
Rodney Dale Veldhuizen, M.A.
Michelle Voegels, B.S.N., M.S.N., B.C.
Wess Vogt, M.D.
R. Christopher Votolato, Psy.D.
John W. Waid, Ph.D.
Christa A. Wallis, M.A.
Dominique Walmsley, M.A.
Bhupinder Singh Waraich, M.D.
Joseph Ward, N.C.C., L.P.C. M.Ed.
Robert Ward, M.S.W.
Marilee L.M. Wasell, Ph.D.
Gannon J. Watts, L.P.C.-S., L.A.C., N.C.C., N.C.S.C., A.A.D.C., I.C.A.A.D.C.
Sheila R. Webster, M.A., M.S.S.A.
Burton Weiss, M.D.
Dennis V. Weiss, M.D.
Jonathan S. Weiss, M.D.
Richard Wendel, Ph.D.
Paul L. West, Ed.D.
Kris Sandra Wheatley, M.A., L.P.C., N.C.C.
Leneigh White, M.A.
Danny R. Whitehead, L.LC.S.W.
Jean Whitinger, M.A.
Peter D. Wilk, M.D.
Vanessa Wilkinson, L.P.C.
Tim F. Willia, M.S., M.A.Ed., L.P.C.
Cathy E. Willis, M.A., L.M.F.T., C.A.D.C.
Jeffery John Wilson, M.D.
Jacquie Wilson, M.Ed.
David D. Wines, M.S.W.
Barbara A. Wirebaugh, M.S.W.
Daniel L. Wise, Ph.D.
Christina Wong, M.S.W., L.C.S.W.
Susanna Wood, M.S.W., L.C.S.W.
Linda L. Woodall, M.D.
Leoneen Woodard-Faust, M.D.
Sheryl E. Woodhouse, L.M.F.T.
Gregory J. Worthington, Psy.D.
Tanya Wozniak, M.D.
Kimberly Isaac Wright, M.A.
Peter Yamamoto, M.D.
Maria Ruiza Ang Yee, M.D.
Michael B. Zafrani, M.D.
Jafet E. Gonzalez Zakarchenco, M.D.
John Zibert, Ph.D.
Karen Zilberstein, M.S.W.
Cathi Zillmann, C.P.N.P., N.P.P.
Gerald A. Zimmerman, Ph.D.
Michele Zimmerman, M.A., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Judith A. Zink, M.A.

Vanderbilt University REDCap Team

Paul Harris, Ph.D.
Sudah Kashyap, B.E.
Brenda Minor
Jon Scherdin, M.A.
Rob Taylor, M.A.
Janey Wang, M.S.

Indice analitico

Abitativi, problemi, 840-841
Abuso e trascuratezza, 25, 833-839
  problemi di maltrattamento e trascuratezza dell'adulto, 836-839
  problemi di maltrattamento e trascuratezza infantili, 834-836
Abuso fisico
  del/della coniuge o del/della partner, 836-837
  dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, 839
  infantile, 834
Abuso psicologico
  del/della coniuge o del/della partner, 838
  dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, 839
  infantile, 836
Abuso sessuale
  del/della coniuge o del/della partner, 837
  dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, 839
  infantile, 834-835
Acatisia indotta da farmaci, 25
  acuta, 826
  tardiva, 827
Accumulo, disturbo da, 271-272, 286-290
  aspetti diagnostici correlati al genere, 289
  aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 289
  caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 288
  caratteristiche diagnostiche, 287
  comorbilità, 290
  conseguenze funzionali, 289
  criteri diagnostici, 286
  diagnosi differenziale, 289-290
  fattori di rischio e prognosi, 288-289
  prevalenza, 288
  specificatori, 286
  sviluppo e decorso, 288
Adattamento, disturbi dell', 307, 332-335
  aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 334
  caratteristiche diagnostiche, 333
  comorbilità, 335
  conseguenze funzionali, 334
  criteri diagnostici, 332-333
  diagnosi differenziale, 334-335
  fattori di rischio e prognosi, 334
  prevalenza, 333
  sviluppo e decorso, 333
Adattamento, disturbi simili a quelli dell', 336
Addiction, *vedi* Sostanze, disturbi correlati a, e disturbi da addiction
Adulto, problemi di maltrattamento e trascuratezza dell', 836-839
  abuso dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner, 839
  abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner, 838
  trascuratezza del/della coniuge o del/della partner, 837-838
  violenza fisica del/della coniuge o del/della partner, 836-837
  violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner, 837
Agorafobia, 218, 251-256
  aspetti diagnostici correlati al genere, 255
  caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 253
  caratteristiche diagnostiche, 252-253
  comorbilità, 256
  conseguenze funzionali, 255
  criteri diagnostici, 251-252
  diagnosi differenziale, 255-256
  fattori di rischio e prognosi, 254
  prevalenza, 253
  sviluppo e decorso, 253-254
Alcol, astinenza da, 585-587
  caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 586
  caratteristiche diagnostiche, 585-586
  comorbilità, 587
  conseguenze funzionali, 587
  criteri diagnostici, 585
  diagnosi differenziale, 587
  fattori di rischio e prognosi, 586-587

marker diagnostici, 587
prevalenza, 586
specificatori, 585
sviluppo e decorso, 586
Alcol, disturbi correlati all', 563, 574-589
altri disturbi indotti da alcol, 587
astinenza da alcol, 566, 585-587
caratteristiche dei, 588
diagnosi associate ai, 564
disturbo correlato all'alcol senza specificazione, 589
disturbo da uso di alcol, 574-581
intossicazione da alcol, 582-584
sviluppo e decorso, 588-589
Alcol, disturbo da uso di, 574-582
aspetti diagnostici correlati al genere, 579
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 579
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 576-577
caratteristiche diagnostiche, 576
comorbilità, 581
conseguenze funzionali, 580-581
criteri diagnostici, 574-575
diagnosi differenziale, 581
fattori di rischio e prognosi, 578-579
marker diagnostici, 579-580
prevalenza, 577
specificatori, 576
sviluppo e decorso, 577-578
Alcol, intossicazione da, 582-584
aspetti diagnostici correlati al genere, 584
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 583-584
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 582-583
caratteristiche diagnostiche, 582
comorbilità, 584
conseguenze funzionali, 584
criteri diagnostici, 582
diagnosi differenziale, 584
fattori di rischio e prognosi, 583
marker diagnostici, 584
prevalenza, 583
sviluppo e decorso, 583
Alimentazione, disturbi dell', *vedi* Nutrizione, disturbi della, e dell'alimentazione
Alimentazione notturna, sindrome da, 409
Allucinazione/i, 102
gustativa, 134
ipnagogica, 102
ipnopompica, 102
olfattiva, 134, 137
tattile, 134
uditiva, 102, 120, 134, 141
visiva, 119-121, 134-135, 137
Allucinogeni, disturbi correlati agli, 565, 608-623
altri disturbi indotti da fenciclidina, 622
diagnosi associate ai, 564
disturbi indotti da altri allucinogeni, 622-623
disturbo correlato alla fenciclidina con altra specificazione, 623
disturbo correlato agli allucinogeni senza specificazione, 623
disturbo da uso di altri allucinogeni, 612-617
disturbo da uso di fenciclidina, 609-612
disturbo percettivo persistente da allucinogeni, 620-622
intossicazione da altri allucinogeni, 619-620
intossicazione da fenciclidina, 617-618
Allucinogeni, disturbo da uso di altri, 612-617
aspetti diagnostici correlati al genere, 616
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 616
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 614
caratteristiche diagnostiche, 613-614
comorbilità, 617
conseguenze funzionali, 616
criteri diagnostici, 612-613
diagnosi differenziale, 616-617
fattori di rischio e prognosi, 615-616
marker diagnostici, 616
prevalenza, 614-615
specificatori, 613
sviluppo e decorso, 615
Allucinogeni, intossicazione da altri, 619-620
caratteristiche diagnostiche, 619
conseguenze funzionali, 620
criteri diagnostici, 619
diagnosi differenziale, 620
prevalenza, 619-620
rischio di suicidio, 620
Alzheimer, malattia di, maggiore o lieve
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 712
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 711
caratteristiche diagnostiche, 710
comorbilità, 713
conseguenze funzionali, 712
criteri diagnostici, 709-710
diagnosi differenziale, 712-713
disturbo neurocognitivo dovuto a, 687, 700, 709-713
fattori di rischio e prognosi, 711-712
marker diagnostici, 712
prevalenza, 711
sviluppo e decorso, 711
Ambiente sociale, altri problemi correlati all', 841-842
American Psychiatric Association (APA), 5, 7
Anoressia nervosa, 379, 391-398
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 395-396
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 393-394
caratteristiche diagnostiche, 392-393
comorbilità, 398
conseguenze funzionali, 397
criteri diagnostici, 391
diagnosi differenziale, 397-398
fattori di rischio e prognosi, 395
marker diagnostici, 396
prevalenza, 394

rischio di suicidio, 397
sottotipi, 392
sviluppo e decorso, 394-395
Ansia, disturbi d', 217-269
agorafobia, 218, 251-256
disturbo d'ansia con altra specificazione, 269
disturbo d'ansia di separazione, 217, 219-224
disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica, 217, 265-268
disturbo d'ansia generalizzata, 218, 256-261
disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci, 219, 261-265
disturbo d'ansia senza specificazione, 269
disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), 218, 225, 233-240
disturbo di panico, 218, 240-247
fobia specifica, 218, 227-232
mutismo selettivo, 217-218, 224-226
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 940
specificatore dell'attacco di panico, 247-251
Ansia, disturbo d', dovuto a un'altra condizione medica, 217, 265-268
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 267
caratteristiche diagnostiche, 266-267
criteri diagnostici, 266
diagnosi differenziale, 267-269
marker diagnostici, 267
prevalenza, 267
sviluppo e decorso, 267
Ansia, disturbo d', indotto da sostanze/farmaci, 219, 261-265
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 264
caratteristiche diagnostiche, 263-264
criteri diagnostici, 261-262
diagnosi differenziale, 265
marker diagnostici, 264
prevalenza, 264
procedure di registrazione, 262-263
Ansia di malattia, disturbo da, 357, 359, 364-368
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 366
breve, 378
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 365-366
caratteristiche diagnostiche, 365
comorbilità, 368
conseguenze funzionali, 366
criteri diagnostici, 364
diagnosi differenziale, 367-368
fattori di rischio e prognosi, 366
prevalenza, 366
senza eccessivi comportamenti di malattia, 378
sviluppo e decorso, 366
Ansia di separazione, disturbo d', 217, 219-224
aspetti diagnostici correlati al genere, 222
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 222
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 220-221
caratteristiche diagnostiche, 220
comorbilità, 224
conseguenze funzionali, 222
criteri diagnostici, 219
diagnosi differenziale, 223-224
fattori di rischio e prognosi, 222
prevalenza, 221
rischio di suicidio, 222
sviluppo e decorso, 221
Ansia generalizzata, disturbo d', 218, 256-261
aspetti diagnostici correlati al genere, 259-260
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 259
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 258
caratteristiche diagnostiche, 257
comorbilità, 261
conseguenze funzionali, 260
criteri diagnostici, 256-257
diagnosi differenziale, 260-261
fattori di rischio e prognosi, 259
prevalenza, 258
sviluppo e decorso, 258-259
Ansia sociale (fobia sociale), disturbo d', 218, 225, 233-240
aspetti diagnostici correlati al genere, 237
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 237
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 235
caratteristiche diagnostiche, 234-235
comorbilità, 239-240
conseguenze funzionali, 237
criteri diagnostici, 233
diagnosi differenziale, 237-239
fattori di rischio e prognosi, 236
prevalenza, 235
specificatori, 233
sviluppo e decorso, 235-236
Antidepressivi, sindrome da discontinuità degli, 25, 827-829
caratteristiche diagnostiche, 828
comorbilità, 829
decorso e sviluppo, 828
diagnosi differenziale, 828-829
prevalenza, 828
Antisociale, disturbo, di personalità, 539, 556, 747-748, 763-767
aspetti diagnostici correlati al genere, 766
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 766
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 765
caratteristiche diagnostiche, 763-764
caratteristiche e criteri nel modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità, 884-886
criteri diagnostici, 763
diagnosi differenziale, 766-767
fattori di rischio e prognosi, 766
prevalenza, 765
sviluppo e decorso, 766

Apnea centrale del sonno, 446-450
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 447
caratteristiche diagnostiche, 447
comorbilità, 449-450
conseguenze funzionali, 449
criteri diagnostici, 446
diagnosi differenziale, 449
fattori di rischio e prognosi, 448
marker diagnostici, 448
prevalenza, 448
sottotipi, 446-447
specificatori, 447
sviluppo e decorso, 448
Apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, 440-446
aspetti diagnostici correlati al genere, 443
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 443
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 441
caratteristiche diagnostiche, 440-441
comorbilità, 445
conseguenze funzionali, 444
criteri diagnostici, 440
diagnosi differenziale, 444-445
fattori di rischio e prognosi, 443
marker diagnostici, 443-444
prevalenza, 441
relazione con la International Classification of Sleep Disorders, 446
specificatori, 440
sviluppo e decorso, 441-442
Apprendimento, disturbo specifico dell', 35, 77-86
aspetti diagnostici correlati al genere, 85
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 84-85
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 81-82
caratteristiche diagnostiche, 79-81
comorbilità, 86
conseguenze funzionali, 85
criteri diagnostici, 77-78
diagnosi differenziale, 85-86
fattori di rischio e prognosi, 84
prevalenza, 82
procedure di registrazione, 79
sviluppo e decorso, 82-84
Arousal del sonno non-REM, disturbi dell', 419, 464-470
aspetti diagnostici correlati al genere, 467
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 465-466
caratteristiche diagnostiche, 465
comorbilità, 470
conseguenze funzionali, 468
criteri diagnostici, 464
diagnosi differenziale, 468-469
fattori di rischio e prognosi, 467
marker diagnostici, 467-468
prevalenza, 466
relazione con la International Classification of Sleep Disorders, 470
sviluppo e decorso, 466
Ataque de nervios, 16, 244, 250, 269, 967
Attaccamento, disturbo reattivo dell', 307-311
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 309
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 309
caratteristiche diagnostiche, 308-309
comorbilità, 311
conseguenze funzionali, 310
criteri diagnostici, 307-308
diagnosi differenziale, 310-311
fattori di rischio e prognosi, 309
prevalenza, 309
sviluppo e decorso, 309
Attenzione clinica, altre condizioni che possono essere oggetto di, 22, 25, 33, 831-845
abuso e trascuratezza, 833-839
problemi di maltrattamento e trascuratezza dell'adulto, 836-839
problemi legati a maltrattamento e trascuratezza infantile, 834-836
altre circostanze di storia personale, 843-844
altri incontri di servizio sanitario per counseling e consulenza medica, 842-843
altri problemi correlati all'ambiente sociale, 841-842
non aderenza al trattamento medico, 844-845
problemi abitativi ed economici, 840-841
problemi correlati ad altre circostanze psicosociali, personali e ambientali, 843
problemi correlati al crimine o all'interazione con il sistema sanitario legale, 842
problemi correlati all'accesso alle cure mediche e ad altre cure sanitarie, 844
problemi relativi all'istruzione e all'attività lavorativa, 840
problemi relazionali, 831-833
altri problemi correlati al gruppo di sostegno primario, 832-833
problemi correlati all'educazione familiare, 831-832
Attenzione/iperattività, disturbo da deficit di (DDAI), 13, 35, 68-76
aspetti diagnostici correlati al genere, 73
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 72
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 71
caratteristiche diagnostiche, 70-71
comorbilità, 75-76
conseguenze funzionali, 73
criteri diagnostici, 68-70
diagnosi differenziale, 73-75
disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altra specificazione, 76
disturbo da deficit di attenzione/iperattività senza specificazione, 76
fattori di rischio e prognosi, 72
prevalenza, 71
sintomi indotti da farmaci, 75
sviluppo e decorso, 71-72
Attività lavorativa, problemi relativi all', 840

Autismo, disturbo dello spettro dell', 35-36, 57-68
aspetti diagnostici correlati al genere, 66
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 65-66
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 63
caratteristiche diagnostiche, 61-63
comorbilità, 67-68
conseguenze funzionali, 66
criteri diagnostici, 57-58
diagnosi differenziale, 66-67
fattori di rischio e prognosi, 65
prevalenza, 63
procedure di registrazione, 59
specificatori, 59-61
sviluppo e decorso, 64-65
Autolesionismo non suicidario, 930-934
caratteristiche diagnostiche, 931-932
conseguenze funzionali, 932
criteri proposti per, 930-931
diagnosi differenziale, 933-934
fattori di rischio e prognosi, 932
sviluppo e decorso, 932

Balbuzie, *vedi* Fluenza, disturbo della, con esordio nell'infanzia (balbuzie)
Binge-eating, disturbo da, 379, 404-408
a bassa frequenza e/o di durata limitata, 408
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 407
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 406
caratteristiche diagnostiche, 405-406
comorbilità, 408
conseguenze funzionali, 407
criteri diagnostici, 404-405
diagnosi differenziale, 407-408
fattori di rischio e prognosi, 407
prevalenza, 406
sviluppo e decorso, 406-407
Bipolare I, disturbo, 144-153
aspetti diagnostici correlati al genere, 151-152
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 151
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 150
caratteristiche diagnostiche, 148-150
comorbilità, 153
conseguenze funzionali, 152
criteri diagnostici, 144-147
diagnosi differenziale, 152-153
fattori di rischio e prognosi, 151
prevalenza, 150
rischio di suicidio, 152
sviluppo e decorso, 151
Bipolare II, disturbo, 143, 154-162
aspetti diagnostici correlati al genere, 159-160
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 158
caratteristiche diagnostiche, 157-158
comorbilità, 161-162
conseguenze funzionali, 160
criteri diagnostici, 154-156
diagnosi differenziale, 160-161
fattori di rischio e prognosi, 159
prevalenza, 158
rischio di suicidio, 160
sviluppo e decorso, 158-159
Bipolare, disturbo, e disturbi correlati, 143-179
disturbo bipolare I, 144-153
disturbo bipolare II, 143, 154-162
disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, 143, 168-171
disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione, 143, 171-172
disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci, 143, 164-168
disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione, 172
disturbo ciclotimico, 143, 162-164
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 939
specificatori, 172-178
Bipolare, disturbo, e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, 143, 168-171
aspetti diagnostici correlati al genere, 170
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 170
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 169-170
caratteristiche diagnostiche, 169
comorbilità, 171
conseguenze funzionali, 170
criteri diagnostici, 168-169
diagnosi differenziale, 171
marker diagnostici, 170
sviluppo e decorso, 170
Bipolare, disturbo, e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci, 143, 164-168
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 167
caratteristiche diagnostiche, 167
comorbilità, 168
criteri diagnostici, 164-166
diagnosi differenziale, 168
marker diagnostici, 168
prevalenza, 167
procedure di registrazione, 166-167
sviluppo e decorso, 168
Borderline, disturbo, di personalità, 747-748, 768-772
aspetti diagnostici correlati al genere, 771
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 771
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 770
caratteristiche diagnostiche, 768-770
caratteristiche e criteri nel modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità, 884-886
criteri diagnostici, 768
diagnosi differenziale, 771-772
fattori di rischio e prognosi, 771
prevalenza, 770
sviluppo e decorso, 770-771

Bulimia nervosa, 379, 398-404
a bassa frequenza e/o a durata limitata, 408
aspetti diagnostici correlati al genere, 402
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 402
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 401
caratteristiche diagnostiche, 399-400
comorbilità, 404
conseguenze funzionali, 403
criteri diagnostici, 398-399
diagnosi differenziale, 403
fattori di rischio e prognosi, 402
marker diagnostici, 402-403
prevalenza, 401
rischio di suicidio, 403
sviluppo e decorso, 401

Caffeina, astinenza da, 592-595
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 594
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 593
caratteristiche diagnostiche, 592-593
comorbilità, 595
conseguenze funzionali, 595
criteri diagnostici, 592
diagnosi differenziale, 595
fattori di rischio e prognosi, 594
prevalenza, 593-594
sviluppo e decorso, 594
Caffeina, disturbi correlati alla, 563, 589-595
altri disturbi indotti da caffeina, 595
astinenza da caffeina, 592-595
diagnosi associate ai, 564
disturbo correlato alla caffeina senza specificazione, 595
intossicazione da caffeina, 589-592
Caffeina, disturbo da uso di, 918-921
caratteristiche diagnostiche, 919
comorbilità, 921
conseguenze funzionali, 920-921
criteri proposti per, 918
diagnosi differenziale, 921
fattori di rischio e prognosi, 920
prevalenza, 920
sviluppo e decorso, 920
Caffeina, intossicazione da, 589-592
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 590-591
caratteristiche diagnostiche, 590
comorbilità, 592
conseguenze funzionali, 591
criteri diagnostici, 589-590
diagnosi differenziale, 591-592
fattori di rischio e prognosi, 591
prevalenza, 591
sviluppo e decorso, 591
Cannabis, astinenza da, 606-608
caratteristiche diagnostiche, 607
conseguenze funzionali, 607-607
criteri diagnostici, 606
diagnosi differenziale, 608
fattori di rischio e prognosi, 607
sviluppo e decorso, 607
Cannabis, disturbi correlati alla, 563, 596-608
altri disturbi indotti da cannabis, 608
astinenza da cannabis, 566, 606-608
disturbo da uso di cannabis, 596-604
diagnosi associate ai, 564
disturbo correlato alla cannabis senza specificazione, 608
intossicazione da cannabis, 604-606
Cannabis, disturbo da uso di, 596-604
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 602
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 599
caratteristiche diagnostiche, 597-599
comorbilità, 603-604
conseguenze funzionali, 602-603
criteri diagnostici, 596-597
diagnosi differenziale, 603
fattori di rischio e prognosi, 601-602
marker diagnostici, 602
prevalenza, 599-600
specificatori, 597
sviluppo e decorso, 600-601
Cannabis, intossicazione da, 604-606
caratteristiche diagnostiche, 605
conseguenze funzionali, 605
criteri diagnostici, 604-605
diagnosi differenziale, 606
prevalenza, 605
specificatori, 605
Caso, formulazione del, 21-22
culturale, 869-882; *vedi anche* Culturale, inquadramento
Catatonia, 102, 137-140
associata a un altro disturbo mentale (specificatore della catatonia), 138
caratteristiche diagnostiche, 138
criteri diagnostici, 138
senza specificazione, 104, 140
Catatonico, disturbo, dovuto a un'altra condizione medica, 139-140
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 140
caratteristiche diagnostiche, 139
criteri diagnostici, 139
diagnosi differenziale, 140
CFI, *vedi* Culturale, inquadramento, intervista per l'
Cheyne-Stokes, respiro di, 446-450; *vedi anche* Apnea centrale del sonno
Ciclotimico, disturbo, 143, 162-164
caratteristiche diagnostiche, 162-163
comorbilità, 164
criteri diagnostici, 162
diagnosi differenziale, 164
fattori di rischio e prognosi, 163
prevalenza, 163
sviluppo e decorso, 163
Circadiani, disturbi, del ritmo sonno-veglia, 419, 454-463

criteri diagnostici, 454
relazione con la International Classification of Sleep Disorders, 463
tipo fase di sonno anticipata, 457-459
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 458
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 457
caratteristiche diagnostiche, 457
comorbilità, 459
conseguenze funzionali, 458
diagnosi differenziale, 458
fattori di rischio e prognosi, 458
marker diagnostici, 458
prevalenza, 457
specificatori, 457
sviluppo e decorso, 457-458
tipo fase di sonno ritardata, 455-456
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 455
caratteristiche diagnostiche, 455
comorbilità, 456
conseguenze funzionali, 456
diagnosi differenziale, 456
fattori di rischio e prognosi, 455-456
marker diagnostici, 456
prevalenza, 455
sviluppo e decorso, 455
tipo lavoro con turni, 462-463
caratteristiche diagnostiche, 462
comorbilità, 463
conseguenze funzionali, 463
diagnosi differenziale, 463
fattori di rischio e prognosi, 463
marker diagnostici, 463
prevalenza, 462
sviluppo e decorso, 462-463
tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore, 460-462
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 460-461
caratteristiche diagnostiche, 460
comorbilità, 462
conseguenze funzionali, 462
diagnosi differenziale, 462
fattori di rischio e prognosi, 461
marker diagnostici, 461
prevalenza, 461
sviluppo e decorso, 461
tipo ritmo sonno-veglia irregolare, 459-460
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 459
caratteristiche diagnostiche, 459
comorbilità, 460
conseguenze funzionali, 460
diagnosi differenziale, 460
fattori di rischio e prognosi, 459
marker diagnostici, 460
prevalenza, 459
sviluppo e decorso, 459
Cleptomania, 539, 559-560
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 559
caratteristiche diagnostiche, 559
comorbilità, 560
conseguenze funzionali, 560
criteri diagnostici, 559
diagnosi differenziale, 560
fattori di rischio e prognosi, 560
prevalenza, 559
sviluppo e decorso, 559-560
Clinico, dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal, 861-863
Codifica e registrazione, procedure di, 14, 24, 26, 33
Cognitivi, disturbi, *vedi* Neurocognitivi, disturbi
Comorbilità, 5
Comportamento dirompente, disturbi da, del controllo degli impulsi e della condotta, 539-561
cleptomania, 539, 559-560
disturbo antisociale di personalità, 539, 556, 747-748, 763-767
disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione, 539, 561
disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta senza specificazione, 561
disturbo della condotta, 539, 549-556
disturbo esplosivo intermittente, 539, 545-549
disturbo oppositivo provocatorio, 539, 540-545
piromania, 539, 557-558
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 945
Comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo, disturbo da, 271, 306
Compulsioni, 271-273, 275; *vedi anche* Ossessivo-compulsivo, disturbo, e disturbi correlati
Comunicazione, disturbi della, 35, 47-57
disturbo della comunicazione senza specificazione, 57
disturbo della comunicazione sociale (pragmatica), 35, 55-57
disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie), 52-54
disturbo del linguaggio, 48-50
disturbo fonetico-fonologico, 50-52
Comunicazione sociale (pragmatica), disturbo della, 35, 55-57
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 55-56
caratteristiche diagnostiche, 55
criteri diagnostici, 55
diagnosi differenziale, 56-57
fattori di rischio e prognosi, 56
sviluppo e decorso, 56
Condizioni che necessitano di ulteriori studi, 8, 12, 27, 907-934
autolesività non suicidaria, 930-932
disturbo da comportamento suicidario, 928-930
disturbo da gioco su Internet, 921-924
disturbo da lutto persistente complicato, 914-918
disturbo da uso di caffeina, 918-921
disturbo neurocomportamentale associato a esposizione prenatale all'alcol, 924-928

episodi depressivi con ipomania di breve durata, 911-914
sindrome psicotica attenuata, 907-911
Condotta, disturbo della, 36, 539, 549-556
aspetti diagnostici correlati al genere, 554-555
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 554
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 553
caratteristiche diagnostiche, 552
comorbilità, 556
conseguenze funzionali, 555
criteri diagnostici, 549-550
diagnosi differenziale, 555-556
fattori di rischio e prognosi, 554
prevalenza, 553
sottotipi, 551
specificatori, 551
sviluppo e decorso, 553
Condotta di eliminazione, disturbo da, 408
Conversione, disturbo di (disturbo da sintomi neurologici funzionali), 357-359, 368-372
aspetti diagnostici correlati al genere, 371
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 370
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 369-370
caratteristiche diagnostiche, 369
comorbilità, 372
conseguenze funzionali, 371
criteri diagnostici, 368
diagnosi differenziale, 371-372
fattori di rischio e prognosi, 370
prevalenza, 370
sviluppo e decorso, 370
Coordinazione, disturbo dello sviluppo della, 36, 86-90
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 89
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 88
caratteristiche diagnostiche, 87-88
comorbilità, 90
conseguenze funzionali, 89
criteri diagnostici, 86-87
diagnosi differenziale, 89-90
fattori di rischio e prognosi, 88-89
prevalenza, 88
sviluppo e decorso, 88
Counseling e consulenza medica, altri incontri di servizio sanitario per, 842-843
Creutzfeldt-Jakob, malattia di, *vedi* Neurocognitivo, disturbo, maggiore o lieve dovuto a malattia da prioni
Crimine, problemi correlati al, o all'interazione con il sistema giudiziario, 842
Criterio per la significatività clinica, 23
Cultura, sindromi legate alla, 17, 880
Culturale, inquadramento, 869-882
definizioni correlate all', 869
guida per l', 870-871
importanza diagnostica dell', 881
in relazione alla nosologia del DSM-5, 881
Culturale, inquadramento, intervista per l' (IIC), 20, 27, 870-880
domini di valutazione, 872
indicazioni per l', 872
moduli supplementari dell', 872
versione per l'informatore, 877-880
Culturale, spiegazione, o causa percepita, 17, 880
Culturali, problemi, 16-17, 869-882
nei disturbi bipolari e correlati
disturbo bipolare I, 150
disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, 171
nei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction
astinenza da caffeina, 594
astinenza da uso di altra (o sconosciuta) sostanza, 673
disturbo da gioco d'azzardo, 685
disturbo da uso di alcol, 579
disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza, 675
disturbo da uso di altri allucinogeni, 615
disturbo da uso di cannabis, 602-603
disturbo da uso di fenciclidina, 610
disturbo da uso di inalanti, 626
disturbo da uso di oppiacei, 635
disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, 646
disturbo da uso di stimolanti, 659
disturbo da uso di tabacco, 669
intossicazione da alcol, 583
nei disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta
disturbo della condotta, 554
disturbo esplosivo intermittente, 547
disturbo oppositivo provocatorio, 543
nei disturbi d'ansia
attacchi di panico, 249-250
disturbo d'ansia di separazione, 221
disturbo d'ansia generalizzata, 259
disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), 236
disturbo di panico, 241
fobia specifica, 232
mutismo selettivo, 225
nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
anoressia nervosa, 395
bulimia nervosa, 402
disturbo da binge-eating, 406
disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, 387
pica, 381
nei disturbi dello spettro della schizofrenia
disturbo delirante, 108
disturbo psicotico breve, 111
disturbo schizoaffettivo, 126
schizofrenia, 119
nei disturbi del neurosviluppo
disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo), 44
disturbi da tic, 96
disturbo da deficit di attenzione/iperattività, 70

disturbo da movimento stereotipato, 91
disturbo dello spettro dell'autismo, 65
disturbo dello sviluppo della coordinazione, 88
disturbo specifico dell'apprendimento, 84-85
nei disturbi del sonno-veglia
apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, 444
disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, tipo fase di sonno anticipata, 456
disturbo da incubi, 473
disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci, 488
narcolessia, 437
nei disturbi depressivi
disturbo depressivo maggiore, 192
disturbo disforico premestruale, 199
nei disturbi di personalità, 750
disturbo antisociale, 766
disturbo borderline, 771
disturbo dipendente, 785
disturbo evitante, 781
disturbo istrionico, 774
disturbo ossessivo-compulsivo, 789
disturbo paranoide, 754
disturbo schizoide, 758
disturbo schizotipico, 761
nei disturbi dissociativi
amnesia dissociativa, 347
disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, 352
disturbo dissociativo dell'identità, 342
nei disturbi neurocognitivi, 707
disturbo neurocognitivo dovuto a malattia di Alzheimer, 712
nel disturbo da comportamento suicidario, 929
nel disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati
disturbo da ansia di malattia, 366
disturbo da sintomi somatici, 363
disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali), 370
fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche, 374
nel disturbo feticistico, 815
nel disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati
disturbo da accumulo, 289
disturbo di dismorfismo corporeo, 283
disturbo ossessivo-compulsivo, 279
tricotillomania (disturbo da strappamento di peli), 293
nella disforia di genere, 535
nelle disfunzioni sessuali, 493
disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci, 524
disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile, 508
disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile, 515
disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione, 513
disturbo dell'orgasmo femminile, 504
disturbo erettile, 499
eiaculazione precoce, 519-520
eiaculazione ritardata, 496
nell'enuresi, 413
Cure mediche, problemi correlati all'accesso alle, e ad altre cure sanitarie, 844

DDAI, *vedi* Attenzione/iperattività, disturbo da deficit di
Delirante, disturbo, 103, 105-109
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 108
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 107
caratteristiche diagnostiche, 107
conseguenze funzionali, 108
criteri diagnostici, 105-106
prevalenza, 107
sintomi deliranti nel/nella partner dell'individuo con disturbo delirante, 141
sottotipi, 106-107
sviluppo e decorso, 108
Delirio/i, 101, 103, 105-109
bizzarro, 101, 105
con significativa sovrapposizione di episodi di alterazione dell'umore, 141
di controllo, 102
di gelosia, 105
di grandezza, 101, 105
di persecuzione, 101, 105
di riferimento, 101
erotomanico, 101, 106
misto, 105
nichilistico, 101
non bizzarro, 101
senza specificazione, 105
somatico, 101, 105, 107
Delirium, 687, 692-698
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 697
caratteristiche diagnostiche, 696
con altra specificazione, 698-699
conseguenze funzionali, 698
criteri diagnostici, 692-694
da astinenza da sostanze, 693, 695
da intossicazione da sostanze, 692, 694-695
diagnosi differenziale, 698
dovuto a eziologie molteplici, 693
dovuto a un'altra condizione medica, 693
fattori di rischio e prognosi, 697
indotto da farmaci, 693, 695
marker diagnostici, 698
prevalenza, 697
procedure di registrazione, 694-695
senza specificazione, 699
specificatori, 696
sviluppo e decorso, 697
Demenza, 688; *vedi anche* Neurocognitivi, disturbi
Depersonalizzazione/derealizzazione, disturbo di, 337, 350-355
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 353

caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 351-352
caratteristiche diagnostiche, 351
comorbilità, 355
conseguenze funzionali, 353
criteri diagnostici, 350-351
diagnosi differenziale, 353-355
fattori di rischio e prognosi, 353
prevalenza, 352
sviluppo e decorso, 352
Depressione breve ricorrente, 211
Depressivi, disturbi, 179-216
disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, 179, 180-185
disturbo depressivo con altra specificazione, 179, 211-212
disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, 179, 208-211
disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci, 179, 202-208
disturbo depressivo maggiore, 179, 185-194
disturbo depressivo persistente (distimia), 179, 194-198
disturbo depressivo senza specificazione, 179, 212
disturbo disforico premestruale, 179, 198-202
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 810-811
specificatori, 212-216
Depressivi, episodi, con ipomania di breve durata, 911-914
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 913
caratteristiche diagnostiche, 913
comorbilità, 914
conseguenze funzionali, 913
criteri proposti per, 911-912
diagnosi differenziale, 914
fattori di rischio e prognosi, 913
prevalenza, 913
rischio di suicidio, 913
Depressivi, episodio o sintomi, nel disturbo bipolare e disturbi correlati
disturbo bipolare I, 146-147, 150
disturbo bipolare II, 156, 158
disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione, 171-172
disturbo ciclotimico, 162
Depressivo, disturbo, dovuto a un'altra condizione medica, 179, 208-211
aspetti diagnostici correlati al genere, 210
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 209
caratteristiche diagnostiche, 209
comorbilità, 211
conseguenze funzionali, 210
criteri diagnostici, 208
diagnosi differenziale, 210-211
fattori di rischio e prognosi, 210
marker diagnostici, 210
rischio di suicidio, 210
sviluppo e decorso, 209
Depressivo, disturbo, indotto da sostanze/farmaci, 179, 202-208
caratteristiche diagnostiche, 204-205
comorbilità, 208
criteri diagnostici, 202-203
diagnosi differenziale, 207-208
fattori di rischio e prognosi, 206
marker diagnostici, 206
prevalenza, 205
procedure di registrazione, 203-204
rischio di suicidio, 206-207
sviluppo e decorso, 205-206
Depressivo maggiore, disturbo, 179, 185-194
aspetti diagnostici correlati al genere, 193
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 192-193
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 190
caratteristiche diagnostiche, 188-190
comorbilità, 194
conseguenze funzionali, 193
criteri diagnostici, 185-187
diagnosi differenziale, 193-194
fattori di rischio e prognosi, 192
prevalenza, 191
rischio di suicidio, 190, 193
sviluppo e decorso, 191-192
Depressivo maggiore, episodio, nei disturbi bipolari e correlati
disturbo bipolare I, 146-147, 150
disturbo bipolare II, 156, 158
disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione, 171-172
Depressivo persistente, disturbo (distimia), 179, 194-198
caratteristiche diagnostiche, 196
comorbilità, 198
conseguenze funzionali, 197
criteri diagnostici, 194-196
diagnosi differenziale, 197-198
fattori di rischio e prognosi, 196-197
prevalenza, 196
sviluppo e decorso, 196
Desiderio sessuale, disturbo del, e dell'eccitazione sessuale femminile, 493, 505-509
aspetti diagnostici correlati al genere, 508
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 508
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 506-507
caratteristiche diagnostiche, 505-506
comorbilità, 509
conseguenze funzionali, 508
criteri diagnostici, 505
diagnosi differenziale, 508-509
fattori di rischio e prognosi, 508
prevalenza, 507
sviluppo e decorso, 507
Desiderio sessuale ipoattivo maschile, disturbo del, 493, 514-517
aspetti diagnostici correlati al genere, 516
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 516

caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 514-515
caratteristiche diagnostiche, 514
comorbilità, 517
criteri diagnostici, 514
diagnosi differenziale, 516-517
fattori di rischio e prognosi, 516
prevalenza, 515
sviluppo e decorso, 515
Dhat syndrome, 968
Diagnosi, 5-6
approccio dimensionale alla, 6, 9-10, 14-15, 20
categoriale, 5, 9, 15, 22-23
criteri diagnostici e descrittori, 24
criterio per la significatività clinica, 23
cultura e, 16-17, 869-882
definizione di disturbo mentale, 22-23
di altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica, 22, 25, 33, 831-845
di disturbi del movimento indotti da farmaci, 22, 25, 33, 823-829
elementi della, 24-26
in ambito forense, 29
principale, 25-26
procedure di codifica e registrazione, 13, 18, 26, 33
provvisoria, 26
strumenti di valutazione e monitoraggio, 27, 851-867
utilità clinica della, 22
Diagnosi, elementi di una, 24-26
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 415
caratteristiche diagnostiche, 415
comorbilità, 416
criteri diagnostici, 414
diagnosi differenziale, 416
fattori di rischio e prognosi, 416
marker diagnostici, 416
prevalenza, 415
sottotipi, 414
sviluppo e decorso, 415-416
Diagnosi principale, 25-26
Diagnostici, criteri, 24, 33
criteri proposti per condizioni che necessitano di ulteriori studi, 12, 907
formulazione del caso e, 21
revisione dei, 7-11
sottotipi e specificatori, 24-25
validatori dei, 5, 10, 13-14, 23
Diagnostici, spettri, 11, 14
Dipendente, disturbo, di personalità, 747-748, 782-786
aspetti diagnostici correlati al genere, 785
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 785
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 784
caratteristiche diagnostiche, 783-784
criteri diagnostici, 782
diagnosi differenziale, 785-786
prevalenza, 784
sviluppo e decorso, 785
Discinesia tardiva, 25, 826
Disforico premestruale, disturbo, 179, 198-202
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 200
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 199
caratteristiche diagnostiche, 199
comorbilità, 202
conseguenze funzionali, 201
criteri diagnostici, 198-199
diagnosi differenziale, 201-202
fattori di rischio e prognosi, 200
marker diagnostici, 200
prevalenza, 200
procedure di registrazione, 199
sviluppo e decorso, 200
Dismorfia muscolare, 272, 281, 283
Dismorfismo corporeo, disturbo di, 271-272, 280-286
aspetti diagnostici correlati al genere, 283
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 283
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 282
caratteristiche diagnostiche, 281-282
comorbilità, 285
conseguenze funzionali, 283-284
criteri diagnostici, 280
diagnosi differenziale, 284-285
fattori di rischio e prognosi, 283
prevalenza, 282
rischio di suicidio, 283
sviluppo e decorso, 282-283
Dismorfismo corporeo, disturbo simile al, con difetto reale, 305
Dismorfismo corporeo, disturbo simile al, senza comportamento ripetitivo, 306
Disregolazione dell'umore dirompente, disturbo da, 179, 180-185
aspetti diagnostici correlati al genere, 183
caratteristiche diagnostiche, 181
comorbilità, 185
conseguenze funzionali, 183
criteri diagnostici, 180-181
diagnosi differenziale, 183-185
fattori di rischio e prognosi, 182
prevalenza, 181-182
rischio di suicidio, 183
sviluppo e decorso, 182
Dissociativa, amnesia, 337, 345-350
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 348
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 347
caratteristiche diagnostiche, 346
comorbilità, 350
conseguenze funzionali, 348
criteri diagnostici, 345-346
diagnosi differenziale, 348-350
fattori di rischio e prognosi, 347-348
prevalenza, 347
rischio di suicidio, 348
sviluppo e decorso, 347

Dissociativa, trance, 338, 356
Dissociative, reazioni, a eventi stressanti, acute, 355-356
Dissociativi, disturbi, 337-356
amnesia dissociativa, 337, 345-350
disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, 337, 350-355
disturbo dissociativo con altra specificazione, 338, 355-356
disturbo dissociativo dell'identità, 338-345
disturbo dissociativo senza specificazione, 356
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 941-942
Dissociativo, disturbo, dell'identità, 338-345
aspetti diagnostici correlati al genere, 342
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 342
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 340-341
caratteristiche diagnostiche, 339-340
comorbilità, 345
conseguenze funzionali, 342-343
criteri diagnostici, 338-339
diagnosi differenziale, 343-345
fattori di rischio e prognosi, 341-342
prevalenza, 341
rischio di suicidio, 342
sviluppo e decorso, 341
Dissociativo, stupor, o coma, 338
Distimia, *vedi* Depressivo persistente, disturbo (distimia)
Distonia indotta da farmaci, 25
acuta, 826
tardiva, 827
DNC, *vedi* Neurocognitivi, disturbi
DOC, *vedi* Ossessivo-compulsivo, disturbo
Down, sindrome di, 44-46, 51, 59
DSM, storia del, 5-7
DSM-5
armonizzazione con l'ICD-11, 13-14
considerazioni sullo sviluppo e sull'arco di vita, 15-16
differenze di genere, 17
disturbi mentali con altra specificazione e senza specificazione, 18, 22, 821-822
glossario dei termini tecnici, 949-965
materiali integrativi online, 20
principali cambiamenti rispetto al DSM-IV, 937-947
disforia di genere, 944
disfunzioni sessuali, 944
disturbi d'ansia, 940
disturbi bipolari e disturbi correlati, 939
disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, 941
disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction, 945-946
disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, 942-943
disturbi dell'evacuazione, 943
disturbi depressivi, 939
disturbi dissociativi, 941-942
disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici, 938
disturbi del neurosviluppo, 937-938
disturbi del sonno-veglia, 943
disturbi di personalità, 946-947
disturbi parafilici, 947
disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, 945
disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati, 942
disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, 940-941
problemi culturali, 16-17, 869-882
processo di revisione per il, 6, 7-11
proposte di revisione, 8
revisione degli esperti, 10-11
revisione pubblica e professionale, 9-10
ricerche sul campo, 8-9
sistema multiassiale, 19-20
struttura organizzativa del, 12-13, 15
uso del, 21-27
definizione di disturbo mentale, 22-23
elementi di una diagnosi, 24-26
formulazione del caso, 21-22
in ambito forense, 29
procedure di codifica e di registrazione, 13, 18, 26, 33
strumenti di valutazione e monitoraggio, 27, 851-867
DSM-5, modello alternativo del, per i disturbi di personalità, 883-906
criteri generali per il disturbo di personalità, 883-884
Criterio A: livello di funzionamento della personalità, 884-885
Criterio B: tratti di personalità patologici, 885
Criteri C e D: pervasività e stabilità, 885
Criteri E, F e G: spiegazioni alternative per la patologia della personalità (diagnosi differenziale), 885-886
diagnosi, 894-895
disturbi di personalità specifici, 886-894
disturbo antisociale di personalità, 886-888
disturbo borderline di personalità, 886, 889-890
disturbo di personalità tratto-specifico, 883, 893-894
disturbo evitante di personalità, 886, 888-889
disturbo narcisistico di personalità, 886, 890-891
disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, 886, 891-892
disturbo schizotipico di personalità, 883, 892-893
livello di funzionamento della personalità, 884-885, 895
definizione dimensionale del funzionamento del sé e interpersonale, 895-896

definizione e descrizione del, 896-897
definizioni dei domini e degli aspetti di tratto dei disturbi di personalità, 904-906
dimensionalità dei, 896
modello del tratto di personalità, 897
Scala del livello di funzionamento della personalità, 895, 900-903
struttura gerarchica della personalità, 897
tratti di personalità, 896-899
tratti distintivi, sintomi e comportamenti specifici, 897-898
utilità clinica del modello multidimensionale del funzionamento e del tratto di personalità, 899
valutazione del modello del tratto di personalità, 898
procedure di scoring, 894
DSM-5, scale di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 del, 852-854
autosomministrata, 852, 853, 857-858
per genitore/tutore, 852, 854, 859-860
scoring e interpretazione delle, 852-854
DSM-5, scale di valutazione dei sintomi trasversali di livello 2 del, 854-856
DSPT, *vedi* Stress post-traumatico, disturbo da

Economici, problemi, 841
Educazione familiare, problemi correlati all', 831-832
Eiaculazione precoce, 493, 517-520
aspetti diagnostici correlati al genere, 519
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 519
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 518
caratteristiche diagnostiche, 518
comorbilità, 520
conseguenze funzionali, 519-520
criteri diagnostici, 517-518
diagnosi differenziale, 520
fattori di rischio e prognosi, 519
marker diagnostici, 519
prevalenza, 518
sviluppo e decorso, 518-519
Eiaculazione ritardata, 493, 494-497
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 496
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 495
caratteristiche diagnostiche, 495
comorbilità, 497
conseguenze funzionali, 496
criteri diagnostici, 494-495
diagnosi differenziale, 496-497
fattori di rischio e prognosi, 496
prevalenza, 495
sviluppo e decorso, 495-496
Encopresi, 411, 414-416
Enuresi, 411-414
aspetti diagnostici correlati al genere, 413
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 413
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 412
caratteristiche diagnostiche, 412
comorbilità, 414
conseguenze funzionali, 413
criteri diagnostici, 411
diagnosi differenziale, 413-414
fattori di rischio e prognosi, 413
prevalenza, 413
sottotipi, 411-412
sviluppo e decorso, 412-413
Erettile, disturbo, 493, 497-500
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 499
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 498
caratteristiche diagnostiche, 497-498
comorbilità, 500
conseguenze funzionali, 499
criteri diagnostici, 497
diagnosi differenziale, 500
fattori di rischio e prognosi, 499
marker diagnostici, 499
prevalenza, 498
relazione con la International Classification of Diseases, 500
sviluppo e decorso, 498-499
Escoriazione, disturbo da (stuzzicamento della pelle), 271-272, 295-298
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 295
caratteristiche diagnostiche, 295
comorbilità, 297
conseguenze funzionali, 296
criteri diagnostici, 294
diagnosi differenziale, 296-297
fattori di rischio e prognosi, 296
marker diagnostici, 296
prevalenza, 295
sviluppo e decorso, 296
Esibizionistico, disturbo, di personalità, 795, 800-803
aspetti diagnostici correlati al genere, 802
caratteristiche diagnostiche, 800-801
comorbilità, 803
conseguenze funzionali, 802
criteri diagnostici, 800
diagnosi differenziale, 802
fattori di rischio e prognosi, 802
prevalenza, 801
sottotipi, 800
specificatori, 800
sviluppo e decorso, 801-802
Esplosivo intermittente, disturbo, 539, 545-549
aspetti diagnostici correlati al genere, 547
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 547
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 546
caratteristiche diagnostiche, 545-546
comorbilità, 549
conseguenze funzionali, 547
criteri diagnostici, 545

diagnosi differenziale, 547-548
fattori di rischio e prognosi, 547
prevalenza, 546
sviluppo e decorso, 546
Esternalizzanti, disturbi, 15
Evacuazione, disturbi dell', 411-417
disturbo dell'evacuazione con altra specificazione, 416
disturbo dell'evacuazione senza specificazione, 417
encopresi, 411, 414-416
enuresi, 411-414
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 943
Evitante, disturbo, di personalità, 747-748, 779-782
aspetti diagnostici correlati al genere, 781
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 781
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 780-781
caratteristiche diagnostiche, 779-780
caratteristiche e criteri nel modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità, 884-886, 887
criteri diagnostici, 779
diagnosi differenziale, 781-782
prevalenza, 781
sviluppo e decorso, 781
Evitante/restrittivo, disturbo, dell'assunzione di cibo, 379, 385-390
aspetti diagnostici correlati al genere, 388
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 388
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 386
caratteristiche diagnostiche, 385-386
comorbilità, 390
conseguenze funzionali, 388
criteri diagnostici, 385
diagnosi differenziale, 388-390
fattori di rischio e prognosi, 387
marker diagnostici, 388
sviluppo e decorso, 387

Fenciclidina, disturbi correlati alla, 563
altri disturbi indotti da fenciclidina, 622
diagnosi associate ai, 564
disturbo correlato alla fenciclidina senza specificazione, 623
disturbo da uso di fenciclidina, 609-612
intossicazione da fenciclidina, 617-618
Fenciclidina, disturbo da uso di, 609-612
aspetti diagnostici correlati al genere, 611
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 611
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 610
caratteristiche diagnostiche, 610
conseguenze funzionali, 611
criteri diagnostici, 609-610
diagnosi differenziale, 611-612
fattori di rischio e prognosi, 611
marker diagnostici, 611
prevalenza, 611
specificatori, 610
Fenciclidina, intossicazione da, 617-618
caratteristiche diagnostiche, 618
conseguenze funzionali, 618
criteri diagnostici, 617
diagnosi differenziale, 618
marker diagnostici, 618
prevalenza, 618
Feticistico, disturbo 795, 813-816
aspetti diagnostici correlati al genere, 815
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 815
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 815
caratteristiche diagnostiche, 814
comorbilità, 816
conseguenze funzionali, 815
criteri diagnostici, 813-814
diagnosi differenziale, 815-816
specificatori, 814
sviluppo e decorso, 815
Fittizio, disturbo, 357, 359, 375-378
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 376
caratteristiche diagnostiche, 376
criteri diagnostici, 375
diagnosi differenziale, 377-378
prevalenza, 377
procedure di registrazione, 376
provocato ad altri, 359, 375, 390
sviluppo e decorso, 377
Fluenza, disturbo della, con esordio nell'infanzia (balbuzie), 35, 52-54
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 53
caratteristiche diagnostiche, 53
conseguenze funzionali, 54
criteri diagnostici, 52-53
diagnosi differenziale, 54
fattori di rischio e prognosi, 54
sviluppo e decorso, 53-54
Fobia specifica, 218, 227-232
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 231
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 229
caratteristiche diagnostiche, 228-229
comorbilità, 232
conseguenze funzionali, 231
criteri diagnostici, 227
diagnosi differenziale, 231-232
fattori di rischio e prognosi, 230-231
prevalenza, 229
rischio di suicidio, 231
specificatori, 227
sviluppo e decorso, 229-230
Fobici, disturbi
agorafobia, 218, 251-256
disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), 218, 233-240
fobia specifica, 218, 227-232

Fonetico-fonologico, disturbo, 35, 50-52
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 51
caratteristiche diagnostiche, 51
criteri diagnostici, 50-51
diagnosi differenziale, 52
sviluppo e decorso, 51-52
Forense, ambito, 29
Formale, disturbo, del pensiero, 102
Frontotemporale, disturbo neurocognitivo, maggiore o lieve, 687, 700, 713-717
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 715
caratteristiche diagnostiche, 714-715
conseguenze funzionali, 716
criteri diagnostici, 713-714
diagnosi differenziale, 716-717
fattori di rischio e prognosi, 715-716
marker diagnostici, 716
prevalenza, 715
sviluppo e decorso, 715
Frotteuristico, disturbo, 795, 803-806
aspetti diagnostici correlati al genere, 805
caratteristiche diagnostiche, 803-804
comorbilità, 805-806
criteri diagnostici, 803
diagnosi differenziale, 805
fattori di rischio e prognosi, 805
prevalenza, 804
specificatori, 803
sviluppo e decorso, 805
Fumo, *vedi* Tabacco, disturbi correlati al

GAF, *vedi* Global Assessment of Functioning, scala
Gambe senza riposo, sindrome delle (RLS), 419-420, 478-481
aspetti diagnostici correlati al genere, 480
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 478-479
caratteristiche diagnostiche, 478
comorbilità, 481
conseguenze funzionali, 480-481
criteri diagnostici, 478
diagnosi differenziale, 481
fattori di rischio e prognosi, 479-480
marker diagnostici, 480
prevalenza, 479
relazione con la International Classification of Sleep Disorders, 481
sviluppo e decorso, 479
Gelosia patologica, 306
Genere, differenze di, 17-18
Genere, disforia di, 527-537
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 535
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 531
caratteristiche diagnostiche, 530-531
comorbilità, 537
con altra specificazione, 537
conseguenze funzionali, 535-536
criteri diagnostici, 528-529
diagnosi differenziale, 536
fattori di rischio e prognosi, 534-535
marker diagnostici, 535
prevalenza, 531-532
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 944
senza specificazione, 537
specificatori, 529
sviluppo e decorso, 532-534
in associazione con un disturbo dello sviluppo sessuale, 534
senza un disturbo dello sviluppo sessuale, 532-534
Genito-pelvico, dolore, disturbo del, e della penetrazione, 493, 509-514
aspetti diagnostici correlati al genere, 512-513
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 512
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 511
caratteristiche diagnostiche, 510-511
comorbilità, 513
conseguenze funzionali, 513
criteri diagnostici, 509-510
diagnosi differenziale, 513
fattori di rischio e prognosi, 512
prevalenza, 511
sviluppo e decorso, 512
Gioco d'azzardo, disturbo da, 563, 681-686
aspetti diagnostici correlati al genere, 685
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 685
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 683
caratteristiche diagnostiche, 683
comorbilità, 686
conseguenze funzionali, 685-686
criteri diagnostici, 681-682
diagnosi differenziale, 686
fattori di rischio e prognosi, 685
prevalenza, 683
specificatori, 682
sviluppo e decorso, 684-685
Global Assessment of Functioning (GAF), scala, 19
Glossario dei termini tecnici, 949-965
Gravità, livelli di, 851, 861
Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity, 861-863
frequenza di utilizzo, 861
scoring e interpretazione, 861
Gruppo di sostegno primario, altri problemi correlati al, 832-833

HIV, infezione da, disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a, 687, 701, 733-736
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 734
caratteristiche diagnostiche, 734
comorbilità, 736
conseguenze funzionali, 736
criteri diagnostici, 733

diagnosi differenziale, 736
fattori di rischio e prognosi, 735
marker diagnostici, 735
prevalenza, 734
sviluppo e decorso, 734-735
Huntington, malattia di, 94-95, 136, 209
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a, 687, 701, 741-743
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 741
caratteristiche diagnostiche, 741
conseguenze funzionali, 743
criteri diagnostici, 741
diagnosi differenziale, 743
fattori di rischio e prognosi, 742
marker diagnostici, 742-743
prevalenza, 742
sviluppo e decorso, 742

ICD, *vedi* International Classification of Diseases
ICF, *vedi* International Classification of Functioning, Disability and Health
ICSD-2, *vedi* International Classification of Sleep Disorders (2ª ed.)
Ictus, 53, 86, 135
disturbi depressivi e, 190, 193, 209-210
disturbo bipolare e, 170
Identità, disturbo dell', dovuto a persuasione coercitiva prolungata e intensa, 355
Impegno sociale disinibito, disturbo da, 307, 311-313
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 312
caratteristiche diagnostiche, 312
comorbilità, 313
conseguenze funzionali, 313
criteri diagnostici, 311
diagnosi differenziale, 313
fattori di rischio e prognosi, 313
prevalenza, 312
sviluppo e decorso, 312-313
Inalanti, disturbi correlati agli, 563, 623-631
altri disturbi indotti da inalanti, 631
diagnosi associate ai, 564
disturbo correlato agli inalanti senza specificazione, 631
disturbo da uso di inalanti, 623-628
intossicazione da inalanti, 628-631
Inalanti, disturbo da uso di, 623-628
aspetti diagnostici correlati al genere, 627
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 627
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 625-626
caratteristiche diagnostiche, 625
comorbilità, 628
conseguenze funzionali, 627
criteri diagnostici, 623-624
diagnosi differenziale, 627-628
fattori di rischio e prognosi, 626-627
marker diagnostici, 627
prevalenza, 626
specificatori, 625
sviluppo e decorso, 626
Inalanti, intossicazione da, 628-631
aspetti diagnostici correlati al genere, 630
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 629
caratteristiche diagnostiche, 629
conseguenze funzionali, 630
criteri diagnostici, 628-629
diagnosi differenziale, 630-631
prevalenza, 629-630
Incubi, disturbo da, 419, 470-474
aspetti diagnostici correlati al genere, 472
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 472
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 471
caratteristiche diagnostiche, 471
comorbilità, 474
conseguenze funzionali, 473
criteri diagnostici, 470
diagnosi differenziale, 473-474
fattori di rischio e prognosi, 472
marker diagnostici, 472
prevalenza, 471
relazione con la International Classification of Sleep Disorders, 474
sviluppo e decorso, 472
Insonnia, disturbo da, 419, 420-428
aspetti diagnostici correlati al genere, 425-426
breve, 489
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 423
caratteristiche diagnostiche, 422-423
comorbilità, 428
con altra specificazione, 489
conseguenze funzionali, 426
criteri diagnostici, 420-421
diagnosi differenziale, 426-427
fattori di rischio e prognosi, 425
limitato a sonno non ristoratore, 489
marker diagnostici, 426
prevalenza, 424
relazione con la International Classification of Sleep Disorders, 428
senza specificazione, 490
sviluppo e decorso, 424-425
Intellettiva, disabilità (disturbo dello sviluppo intellettivo), 35, 37-45
aspetti diagnostici correlati al genere, 45
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 45
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 43
caratteristiche diagnostiche, 42-43
codifica e registrazione della, 38
comorbilità, 46
criteri diagnostici, 37-38
diagnosi differenziale, 45-46
disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) senza specificazione, 47
fattori di rischio e prognosi, 45
marker diagnostici, 45
prevalenza, 44

relazioni con altre classificazioni, 46-47
ritardo globale dello sviluppo, 35, 47
specificatori per livelli di gravità della, 38, 39-41
sviluppo e decorso, 44
Internalizzanti, disturbi, 15
International Classification of Diseases (ICD), 23
processo di revisione per l'ICD-11, 7, 12-14
uso dei codici ICD-9-CM e ICD-10, 14, 19, 24, 26, 33
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), 23, 852
International Classification of Sleep Disorders, 2ª ed. (ICSD-2), relazione del DSM-5 con, 420
apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, 446
disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, 463
disturbo comportamentale del sonno REM, 477
disturbo da incubi, 474
disturbo da insonnia, 428
disturbo da ipersonnolenza, 433
disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci, 489
ipoventilazione correlata al sonno, 453
narcolessia, 439
sindrome delle gambe senza riposo, 481
Internet, disturbo da gioco su, 921-924
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 923
caratteristiche diagnostiche, 922-923
comorbilità, 924
conseguenze funzionali, 924
criteri proposti per, 921-922
diagnosi differenziale, 924
fattori di rischio e prognosi, 924
prevalenza, 924
sottotipi, 922
Intossicazione, 563, 568-571
associata a uso di molteplici sostanze, 569
correlata a via di somministrazione e velocità degli effetti della sostanza, 569
da alcol, 582-584
da altra (o sconosciuta) sostanza, 676-678
da altri allucinogeni, 619-620
da caffeina, 589-592
da cannabis, 604-606
da fenciclidina, 617-618
da inalanti, 628-631
da oppiacei, 638-639
da sedativi, ipnotici o ansiolitici, 649-651
da stimolanti, 661-663
delirium da, 694-695
durata degli effetti e, 569
procedure di registrazione, 570
risultati di laboratorio associati a, 570
sviluppo e decorso, 570
Ipersonnolenza, disturbo da, 419, 428-433
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 430
caratteristiche diagnostiche, 429-430
comorbilità, 432-433
con altra specificazione, 490
conseguenze funzionali, 431
criteri diagnostici, 428-429
diagnosi differenziale, 431-432
fattori di rischio e prognosi, 431
marker diagnostici, 431
prevalenza, 430
relazione con la International Classification of Sleep Disorders, 433
senza specificazione, 490
sviluppo e decorso, 430-431
Ipocondria, 359, 365-366, 368; *vedi anche* Ansia di malattia, disturbo da
Ipomaniacali, episodio o sintomi, nel disturbo bipolare e disturbi correlati
disturbo bipolare I, 144-146, 150
disturbo bipolare II, 154-155, 157-158
disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione 171-172
disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, 168
disturbo ciclotimico, 162
episodi depressivi con ipomania di breve durata, 911-914
Ipoventilazione correlata al sonno, 450-453
aspetti diagnostici correlati al genere, 452
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 451
caratteristiche diagnostiche, 450
comorbilità, 453
conseguenze funzionali, 452-453
criteri diagnostici, 450
diagnosi differenziale, 453
fattori di rischio e prognosi, 451-452
marker diagnostici, 452
prevalenza, 451
relazione con la International Classification of Sleep Disorders, 453
sottotipi, 450
sviluppo e decorso, 451
Istrionico, disturbo, di personalità, 747, 772-775
aspetti diagnostici correlati al genere, 774
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 774
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 774
caratteristiche diagnostiche, 773
criteri diagnostici, 772
diagnosi differenziale, 774-775
prevalenza, 774
Istruzione, problemi relativi all', 840

Jikoshu-kyofu, 306

Khyâl cap, 244, 269, 968-969
Koro, 306
Kufungisisa, 17, 969

Lesione traumatica cerebrale
amnesia dissociativa e, 345-347, 349
disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, 325-326, 329, 332
disturbi del neurosviluppo e, 44, 50, 85

disturbi depressivi e, 211
disturbi psicotici e, 114, 135-136
disturbo bipolare e, 170
disturbo da accumulo e, 286, 289
Level of Personality Functioning Scale (LPFS), 896, 900-903
Lewy, corpi di, disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a, 687, 700, 717-720
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 719
caratteristiche diagnostiche, 718-719
comorbilità, 720
conseguenze funzionali, 720
criteri diagnostici, 717-718
diagnosi differenziale, 720
fattori di rischio e prognosi, 719
marker diagnostici, 719-720
prevalenza, 719
sviluppo e decorso, 719
Linguaggio, disturbo del, 35, 48-60
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 49
caratteristiche diagnostiche, 48-49
comorbilità, 50
criteri diagnostici, 48
diagnosi differenziale, 50
fattori di rischio e prognosi, 49-50
sviluppo e decorso, 49
LPFS (Level of Personality Functioning Scale), 896, 900-903
Lutto, 146, 155, 179, 186, 223
Lutto persistente complicato, disturbo da, 336, 914-918
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 917
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 916
caratteristiche diagnostiche, 915-916
comorbilità, 918
conseguenze funzionali, 917
criteri proposti per, 914-915
diagnosi differenziale, 917-918
fattori di rischio e prognosi, 917
prevalenza, 916
rischio di suicidio, 917
sviluppo e decorso, 916

Maladi moun, 17, 969-970
Maltrattamento e trascuratezza infantili, problemi di, 834-836
abuso fisico infantile, 834
abuso psicologico infantile, 836
abuso sessuale infantile, 834-835
trascuratezza infantile, 835-836
Maniacale, episodio
nel disturbo bipolare I, 144, 148-150
nel disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, 169
Masochismo sessuale, disturbo da, 795, 806-807
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 807
caratteristiche diagnostiche, 806
comorbilità, 807
conseguenze funzionali, 807
criteri diagnostici, 806
diagnosi differenziale, 807
prevalenza, 807
sviluppo e decorso, 807
Mentale, disturbo, con altra specificazione, 18-19, 22, 822
dovuto a un'altra condizione medica, 821-822
Mentale, disturbo, senza specificazione, 18, 22, 822
dovuto a un'altra condizione medica, 822
Mentale/i, disturbo/i
cultura e, 16-17, 869-882
definizione di, 22-23
criterio per la significatività clinica, 23
in ambito forense, 29
genere e, 17-18
Mentali, altri disturbi, 821-822
disturbo mentale con altra specificazione, 18-19, 22, 822
disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica con altra specificazione, 821-822
disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica senza specificazione, 822
disturbo mentale senza specificazione, 18, 22, 822
Movimento, disturbi del, 36, 86-100
disturbi da tic, 94-100
disturbo da movimento stereotipato, 36, 90-94
disturbo dello sviluppo della coordinazione, 86-90
Movimento, disturbi del, indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci, 22, 25, 33, 823-829
acatisia acuta indotta da farmaci, 25, 826
acatisia tardiva, 827
altre reazioni avverse ai farmaci, 829
altri disturbi del movimento indotti da farmaci, 827
discinesia tardiva, 25, 826
distonia acuta indotta da farmaci, 826
distonia tardiva, 827
parkinsonismo indotto da altri farmaci, 823
parkinsonismo indotto da neurolettici, 823
sindrome da discontinuità degli antidepressivi, 25, 827-829
sindrome maligna da neurolettici, 25, 824-826
tremore posturale indotto da farmaci, 827
Movimento stereotipato, disturbo da, 36, 90-94
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 93
caratteristiche diagnostiche, 91-92
comorbilità, 94
criteri diagnostici, 90-91
diagnosi differenziale, 93-94
fattori di rischio e prognosi, 92-93
prevalenza, 92
procedure di registrazione, 91
specificatori, 91
sviluppo e decorso, 92
Mutismo selettivo, 217, 224-226
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 226
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 225

caratteristiche diagnostiche, 224-225
comorbilità, 226
conseguenze funzionali, 226
criteri diagnostici, 224
diagnosi differenziale, 226
fattori di rischio e prognosi, 225-226
prevalenza, 225
sviluppo e decorso, 225

Narcisistico, disturbo, di personalità, 747-748, 775-779
aspetti diagnostici correlati al genere, 778
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 777
caratteristiche diagnostiche, 776-777
caratteristiche e criteri nel modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità, 886, 890-891
criteri diagnostici, 775-776
diagnosi differenziale, 778-779
prevalenza, 778
sviluppo e decorso, 778
Narcolessia, 419, 433-439
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 437
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 435-436
caratteristiche diagnostiche, 434-435
comorbilità, 439
conseguenze funzionali, 438
criteri diagnostici, 433-434
diagnosi differenziale, 438-439
fattori di rischio e prognosi, 437
marker diagnostici, 437-438
prevalenza, 436
relazione con la International Classification of Sleep Disorders, 439
sottotipi, 434
sviluppo e decorso, 436-437
Neurocognitivi, disturbi (DNC), 687-746
delirium, 687, 692-699
con altra specificazione, 698-699
senza specificazione, 699
disturbi neurocognitivi maggiori o lievi, 687, 699-709, 709-746
aspetti diagnostici correlati al genere, 707
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 707
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 706
caratteristiche diagnostiche, 704-705
comorbilità, 709
conseguenze funzionali, 708
criteri diagnostici, 699-703
diagnosi differenziale, 708
disturbo neurocognitivo frontotemporale maggiore o lieve, 687, 700, 713-717
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy, 687, 700, 717-720
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a eziologie molteplici, 687, 701, 745
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a infezione da HIV, 687, 701, 733-736
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia da prioni, 687, 701, 736-738
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer, 687, 700, 709-713
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia di Huntington, 687, 701, 741-743
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson, 687, 701, 738-741
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a trauma cranico, 687, 700, 724-728
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a un'altra condizione medica, 687, 701, 743-745
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci, 687, 700, 728-733
disturbo neurocognitivo senza specificazione, 687, 701, 746
disturbo neurocognitivo vascolare maggiore o lieve, 687, 700, 721-724
fattori di rischio e prognosi, 707
malattia di Huntington, 687, 701, 741-743
marker diagnostici, 707-708
prevalenza, 706
sottotipi, 687, 700-701, 703, 709-746
specificatori, 703-704
sviluppo e decorso, 706-707
domini neurocognitivi, 688-691
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 946
Neurocognitivo, disturbo, maggiore o lieve dovuto a malattie da prioni, 687, 701, 736-738
caratteristiche diagnostiche, 737
criteri diagnostici, 736-737
diagnosi differenziale, 738
fattori di rischio e prognosi, 737-738
marker diagnostici, 738
prevalenza, 737
sviluppo e decorso, 737
Neurocognitivo, disturbo, maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci, 687, 700, 728-733
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 731
caratteristiche diagnostiche, 730-731
comorbilità, 733
conseguenze funzionali, 732
criteri diagnostici, 728-729
diagnosi differenziale, 733
fattori di rischio e prognosi, 732
marker diagnostici, 732
prevalenza, 731-732
procedure di registrazione, 729-730
sviluppo e decorso, 732

Neurocognitivo vascolare, disturbo, maggiore o lieve, 687, 700, 721-724
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 722
caratteristiche diagnostiche, 721-722
comorbilità, 724
conseguenze funzionali, 723
criteri diagnostici, 721
diagnosi differenziale, 723-724
fattori di rischio e prognosi, 723
marker diagnostici, 723
prevalenza, 723
sviluppo e decorso, 723
Neurocomportamentale, disturbo, associato a esposizione prenatale all'alcol, 924-928
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 926
caratteristiche diagnostiche, 926
comorbilità, 928
conseguenze funzionali, 927
criteri proposti per, 924-925
diagnosi differenziale, 927 prevalenza, 927
rischio di suicidio, 927
sviluppo e decorso, 927
Neurolettici, parkinsonismo indotto da, 823
Neurolettici, sindrome maligna da, 25, 824-826
caratteristiche diagnostiche, 824
diagnosi differenziale, 825-826
fattori di rischio e prognosi, 825
sviluppo e decorso, 825
Neurologici funzionali, sintomi, disturbo da, *vedi* Conversione, disturbo di
Neurosviluppo, disturbi del, 13, 15, 35-100
disabilità intellettive, 35, 37-47
disturbi da tic, 36, 94-100
disturbi della comunicazione, 35, 47-57
disturbi dello spettro dell'autismo, 35-36, 57-68
disturbi del movimento, 36, 86-94
disturbo da deficit di attenzione/iperattività, 13, 36, 68-76
disturbo del neurosviluppo con altra specificazione, 100
disturbo del neurosviluppo senza specificazione, 100
disturbo specifico dell'apprendimento, 37, 77-86
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 937-938
specificatori, 36-37
Nutrizione, disturbi della, e dell'alimentazione, 379-409
anoressia nervosa, 379, 391-398
bulimia nervosa, 379, 398-404
disturbo da binge-eating, 379, 404-408
disturbo da ruminazione, 379, 382-384
disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione, 408-409
disturbo della nutrizione e dell'alimentazione senza specificazione, 409
disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, 379, 385-390
pica, 380-382
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 942-943
Obesità, 25
disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e, 379, 397, 401, 405-408
disturbi del sonno veglia e, 481
apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, 440-442, 444-445
ipersonnia, 433, 439
ipoventilazione correlata al sonno, 450-453
Online, materiali integrativi, del DSM-5, 20
Oppiacei, astinenza da, 566-567, 639-642
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 641
caratteristiche diagnostiche, 640-641
criteri diagnostici, 639-640
diagnosi differenziale, 641-642
prevalenza, 641
sviluppo e decorso, 641
Oppiacei, disturbi correlati agli, 563, 631-642
altri disturbi indotti da oppiacei, 642
astinenza da oppiacei, 566-567, 639-642
diagnosi associate, 564
disturbo correlato agli oppiacei senza specificazione, 642
disturbo da uso di oppiacei, 632-638
intossicazione da oppiacei, 638-639
Oppiacei, disturbo da uso di, 632-638
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 635
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 634
caratteristiche diagnostiche, 633-634
comorbilità, 638
conseguenze funzionali, 636-637
criteri diagnostici, 632-633
diagnosi differenziale, 637-638
fattori di rischio e prognosi, 635
marker diagnostici, 635-636
prevalenza, 634
rischio di suicidio, 636
specificatori, 633
sviluppo e decorso, 635
Oppiacei, intossicazione da, 638-639
caratteristiche diagnostiche, 639
criteri diagnostici, 638-639
diagnosi differenziale, 639
specificatori, 644
Oppositivo provocatorio, disturbo, 36, 539, 540-545
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 543
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 542
caratteristiche diagnostiche, 541-542
comorbilità, 544-545
conseguenze funzionali, 543
criteri diagnostici, 540-541
diagnosi differenziale, 543-544
fattori di rischio e prognosi, 543
prevalenza, 542
specificatori, 541
sviluppo e decorso, 542-543

Ossessivo-compulsivo, disturbo (DOC), 271-273, 273-280
aspetti diagnostici correlati al genere, 277
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 277
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 275-276
caratteristiche diagnostiche, 275
comorbilità, 279-280
conseguenze funzionali, 277-278
criteri diagnostici, 273-274
diagnosi differenziale, 278-279
fattori di rischio e prognosi, 276-277
prevalenza, 276
rischio di suicidio, 277
specificatori, 273, 274
sviluppo e decorso, 276
Ossessivo-compulsivo, disturbo, di personalità, 748, 786-790
aspetti diagnostici correlati al genere, 789
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 789
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 788-789
caratteristiche diagnostiche, 786-788
caratteristiche e criteri nel modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità, 886, 890-891
criteri diagnostici, 786
diagnosi differenziale, 789-790
prevalenza, 789
Ossessivo-compulsivo, disturbo, e disturbi correlati, 271-306
disturbo da accumulo, 271-272, 286-291
disturbo da dismorfismo corporeo, 271-272, 280-285
disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle), 271-272, 294-297
disturbo ossessivo-compulsivo, 271-272, 273-280
disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione, 271, 273, 305-306
disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, 271-273, 302-305
disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci, 271-273, 298-302
disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione, 271, 306
ossessioni e compulsioni nel, 271-272, 275
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 940-941
tricotillomania (disturbo da strappamento di peli), 271-272, 291-294
Ossessivo-compulsivo, disturbo, e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, 271-272, 302-304
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 303
caratteristiche diagnostiche, 302-303
criteri diagnostici, 302
diagnosi differenziale, 304
marker diagnostici, 304
sviluppo e decorso, 303
Ossessivo-compulsivo, disturbo, e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci, 271-273, 298-302
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 300
caratteristiche diagnostiche, 300
criteri diagnostici, 297-299
diagnosi differenziale, 301
prevalenza, 300
procedure di registrazione, 299-300

Panico, attacchi di, 217-218, 240, 247-251
aspetti diagnostici correlati al genere, 250
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 249-250
attesi versus inaspettati, 248
caratteristiche, 247-248
caratteristiche associate, 248
comorbilità, 251
conseguenze funzionali, 250
diagnosi differenziale, 250-251
fattori di rischio e prognosi, 243
marker diagnostici, 250
negli adulti più anziani, 242-243, 249
notturno, 241, 248
prevalenza, 248-249
rischio suicidio, 248
sintomi di, 247
specificatore dell'attacco di panico, 247-251
sviluppo e decorso, 249
Panico, disturbo di, 218, 240-247
aspetti diagnostici correlati al genere, 244
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 244
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 242
caratteristiche diagnostiche, 241
comorbilità, 246-247
conseguenze funzionali, 245
criteri diagnostici, 240
diagnosi differenziale, 245-246
fattori di rischio e prognosi, 243-244
marker diagnostici, 245
prevalenza, 242
rischio di suicidio, 245
sviluppo e decorso, 242-243
Parafilici, disturbi, 795-819
disturbo da masochismo sessuale, 795, 806-807
disturbo da sadismo sessuale, 795, 808-810
disturbo da travestitismo, 795, 816-819
disturbo esibizionistico, 795, 800-803
disturbo feticistico, 795, 813-816
disturbo frotteuristico, 795, 803-806
disturbo parafilico con altra specificazione, 819
disturbo parafilico senza specificazione, 819
disturbo pedofilico, 795, 810-813
disturbo voyeuristico, 795, 797-799
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 947

Paranoide, disturbo, di personalità, 747-748, 752-755
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 754
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 753-754
caratteristiche diagnostiche, 752-753
criteri diagnostici, 752
diagnosi differenziale, 755
fattori di rischio e prognosi, 754
prevalenza, 754
sviluppo e decorso, 754
Parasonnie, 419, 464-491
disturbi dell'arousal del sonno non-REM, 419, 464-470
disturbo comportamentale del sonno REM, 419, 474-477
disturbo da incubi, 419, 470-474
Parkinson, morbo di
disturbi d'ansia, 233, 236, 239, 252, 256
disturbi del sonno-veglia, 433, 445, 459, 481, 491
disturbo comportamentale del sonno REM, 419, 475, 477
disturbi depressivi, 209-210
disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a, 687, 701, 738-741
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 739
caratteristiche diagnostiche, 739
comorbilità, 741
criteri diagnostici, 738-739
diagnosi differenziale, 740
fattori di rischio e prognosi, 739-740
marker diagnostici, 740
prevalenza, 739
sviluppo e decorso, 739
Parkinsonismo
indotto da altri farmaci, 823
indotto da neurolettici, 823
Pedofilico, disturbo, 795, 810-813
aspetti diagnostici correlati al genere, 812
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 811
caratteristiche diagnostiche, 811
comorbilità, 813
criteri diagnostici, 810
diagnosi differenziale, 813
fattori di rischio e prognosi, 812
marker diagnostici, 812-813
prevalenza, 811
sviluppo e decorso, 812
Peli, strappamento di, *vedi* Tricotillomania (disturbo da strappamento di peli)
Pelle, stuzzicamento della, *vedi* Escoriazione, disturbo da (stuzzicamento della pelle)
Pensiero disorganizzato (eloquio), 102
Percettivo persistente, disturbo, da allucinogeni, 620-622
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 621
caratteristiche diagnostiche, 621
comorbilità, 622
conseguenze funzionali, 622
criteri diagnostici, 620-621
diagnosi differenziale, 622
fattori di rischio e prognosi, 622
prevalenza, 621
sviluppo e decorso, 621
Personalità, disturbi di, 747-793
disturbo di personalità con altra specificazione, 748, 793
disturbo di personalità in genere, 749-751
aspetti diagnostici correlati al genere, 750-751
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 750
caratteristiche diagnostiche,749-750
criteri per, 752
diagnosi differenziale, 751
sviluppo e decorso, 750
disturbo di personalità senza specificazione, 748, 793
Gruppo A, 748, 752-763
disturbo paranoide di personalità, 747-748, 752-755
disturbo schizoide di personalità, 747-748, 756-759
disturbo schizotipico di personalità, 101, 103, 105, 747-748, 759-763
Gruppo B, 748, 763-779
disturbo antisociale di personalità, 539, 556, 747-748, 763-767
disturbo borderline di personalità, 747-748, 768-772
disturbo istrionico di personalità, 747-748, 772-775
disturbo narcisistico di personalità, 747-748, 775-779
Gruppo C, 748, 779-790
disturbo evitante di personalità, 747-748, 779-782
disturbo dipendente di personalità, 748, 782-786
disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, 748, 786-790
modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica, 748, 790-793
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 946-947
Personalità, modificazione della, dovuta a un'altra condizione medica, 748, 790-793
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 792
caratteristiche diagnostiche, 791-792
criteri diagnostici, 790-791
diagnosi differenziale, 792-793
sottotipi, 791
Pica, 380-382
aspetti diagnostici correlati al genere, 381
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 381
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 380-381
caratteristiche diagnostiche, 380

comorbilità, 382
conseguenze funzionali, 381
criteri diagnostici, 380
diagnosi differenziale, 382
fattori di rischio e prognosi, 381
marker diagnostici, 381
prevalenza, 381
sviluppo e decorso, 381
Piromania, 539, 557-558
aspetti diagnostici correlati al genere, 558
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 557
caratteristiche diagnostiche, 557
comorbilità, 558
criteri diagnostici, 557
diagnosi differenziale, 558
prevalenza, 558
sviluppo e decorso, 558
Pseudociesi, 358, 378
Psicologici, fattori, che influenzano altre condizioni mediche, 357-359, 372-375
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 373-374
caratteristiche diagnostiche, 372-373
comorbilità, 375
conseguenze funzionali, 374
criteri diagnostici, 372
diagnosi differenziale, 374-375
prevalenza, 373
sviluppo e decorso, 373
Psicosociali, personali e ambientali, circostanze, problemi correlati ad altre, 843
Psicotica, sindrome, attenuata, 141, 907-911
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 909
caratteristiche diagnostiche, 908-909
comorbilità, 911
conseguenze funzionali, 910
criteri proposti per, 907
diagnosi differenziale, 910-911
fattori di rischio e prognosi, 909
prevalenza, 909
sviluppo e decorso, 909
Psicotici, disturbi, *vedi* Schizofrenia, disturbi dello spettro della, e altri disturbi psicotici
Psicotico, disturbo, breve, 109-112
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 111
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 110
caratteristiche diagnostiche, 110
conseguenze funzionali, 111
criteri diagnostici, 109-110
diagnosi differenziale, 111-112
durata, 103, 109, 113
fattori di rischio e prognosi, 111
prevalenza, 110
sviluppo e decorso, 110
Psicotico, disturbo, dovuto a un'altra condizione medica, 104, 133-137
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 135
caratteristiche diagnostiche, 134-135
comorbilità, 137
conseguenze funzionali, 136
criteri diagnostici, 133-134
diagnosi differenziale, 136-137
fattori di rischio e prognosi, 136
marker diagnostici, 136
prevalenza, 135
rischio di suicidio, 136
specificatori, 134
sviluppo e decorso, 135
Psicotico, disturbo, indotto da sostanze/farmaci, 104, 128-133
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 131
caratteristiche diagnostiche, 130-131
conseguenze funzionali, 132
criteri diagnostici, 128-129
diagnosi differenziale, 132-133
marker diagnostici, 132
prevalenza, 131
procedure di registrazione, 129-130
sviluppo e decorso, 132

Relazionali, problemi, 25, 831-833
altri problemi correlati al gruppo di sostegno primario, 832-833
problemi correlati all'educazione familiare, 831-832
REM, sonno, disturbo comportamentale del, *vedi* Sonno REM, disturbo comportamentale del
Rett, sindrome di, 37, 44, 59, 64, 66, 93-94
Riferimento olfattivo, sindrome da, 285, 306, 972
RLS, *vedi* Gambe senza riposo, sindrome delle
Ruminazione, disturbo da, 379, 382-384
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 383
caratteristiche diagnostiche, 383
comorbilità, 384
conseguenze funzionali, 384
criteri diagnostici, 382-383
diagnosi differenziale, 384
fattori di rischio e prognosi, 384
prevalenza, 384
sviluppo e decorso, 384

Sadismo sessuale, disturbo da, 795, 808-810
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 809
caratteristiche diagnostiche, 808
comorbilità, 810
criteri diagnostici, 808
diagnosi differenziale, 810
prevalenza, 809
sviluppo e decorso, 809
Schizoaffettivo, disturbo, 103-105, 122-128
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 126
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 124-125
caratteristiche diagnostiche, 124
comorbilità, 128

conseguenze funzionali, 126
criteri diagnostici, 122-123
diagnosi differenziale, 126-127
fattori di rischio e prognosi, 126
prevalenza, 125
rischio di suicidio, 126
sviluppo e decorso, 125-126
Schizoide, disturbo, di personalità, 747-748, 756, 758
aspetti diagnostici correlati al genere, 758
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 758
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 757
caratteristiche diagnostiche, 756-757
criteri diagnostici, 756
diagnosi differenziale, 758
fattori di rischio e prognosi, 757
prevalenza, 757
sviluppo e decorso, 757
Schizofrenia, 101, 115-122
aspetti diagnostici correlati al genere, 120
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 120
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 117-118
caratteristiche diagnostiche, 101-103, 116-117
comorbilità, 122
con catatonia, 102-103, 109
conseguenze funzionali, 121
criteri diagnostici, 115-116
diagnosi differenziale, 121-122
fattori di rischio e prognosi, 119-120
prevalenza, 118
rischio di suicidio, 120
sviluppo e decorso, 118-119
Schizofrenia, disturbi dello spettro della, e altri disturbi psicotici, 101-141
caratteristiche chiave, 101-105
allucinazioni, 102
comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonia), 102-103
deliri, 101-102
pensiero disorganizzato (eloquio), 102
sintomi negativi, 103
catatonia, 102-103, 137-140
disturbo delirante, 103, 105-109
disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione, 140-141
disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione, 141
disturbo psicotico breve, 103, 109-112
disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica, 104, 133-137
disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci, 104, 128-133
disturbo schizoaffettivo, 103-104, 112-114
disturbo schizofreniforme, 103-104, 122-128
disturbo schizotipico (di personalità), 101, 103, 105
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 938
schizofrenia, 101, 115-122
valutazione da parte del clinico dei sintomi e dei fenomeni clinici correlati nelle psicosi, 104
Schizofreniforme, disturbo, 103, 112-114
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 113
caratteristiche diagnostiche, 113
conseguenze funzionali, 114
criteri diagnostici, 112-113
diagnosi differenziale, 114
diagnosi provvisoria del, 112
fattori di rischio e prognosi, 114
prevalenza, 114
sviluppo e decorso, 114
Schizotipico, disturbo, di personalità, 101, 103, 105, 747-748, 759-763
aspetti diagnostici correlati al genere, 761
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 761
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 760-761
caratteristiche diagnostiche, 759-760
caratteristiche e criteri nel modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità, 886, 892-893
criteri diagnostici, 759
diagnosi differenziale, 758-759
fattori di rischio e prognosi, 757
prevalenza, 757
sviluppo e decorso, 757
Sedativi, ipnotici o ansiolitici, astinenza da, 566-567, 651-653
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 652-653
caratteristiche diagnostiche, 652
criteri diagnostici, 651
diagnosi differenziale, 653
marker diagnostici, 653
prevalenza, 653
Sedativi, ipnotici o ansiolitici, disturbi correlati a, 563, 565, 642-653
altri disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici, 654
astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici, 566-567, 651-653
diagnosi associate alla, 564
disturbo correlato a sedativi, ipnotici o ansiolitici senza specificazione, 654
disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici, 642-649
intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici, 649-651
Sedativi, ipnotici o ansiolitici, disturbo da uso di, 642-649
aspetti diagnostici correlati al genere, 647
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 647
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 645
caratteristiche diagnostiche, 644-645
comorbilità, 649

conseguenze funzionali, 648
criteri diagnostici, 642-644
diagnosi differenziale, 648-649
fattori di rischio e prognosi, 647
marker diagnostici, 647
prevalenza, 646
specificatori, 644
sviluppo e decorso, 646-647
Sedativi, ipnotici o ansiolitici, intossicazione da, 649-651
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 651
caratteristiche diagnostiche, 649-650
criteri diagnostici, 649
diagnosi differenziale, 651-652
prevalenza, 651
Sessuale, disfunzione, indotta da sostanze/farmaci, 493, 520-525
aspetti diagnostici correlati al genere, 524
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 524
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 523
caratteristiche diagnostiche, 522
conseguenze funzionali, 524
criteri diagnostici, 520-521
diagnosi differenziale, 524-525
prevalenza, 523-524
procedure di registrazione, 521-522
sviluppo e decorso, 524
Sessuali, disfunzioni, 493-525
disfunzione sessuale con altra specificazione, 493, 525
disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci, 493, 520-525
disfunzione sessuale senza specificazione, 493, 525
disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile, 493, 505-509
disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile, 493, 514-517
disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione, 493, 509-514
disturbo dell'orgasmo femminile, 493, 501-504
disturbo erettile, 493, 497-500
eiaculazione precoce, 493, 517-520
eiaculazione ritardata, 493, 494-497
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 944
sottotipi, 493
Shenjing shuairuo, 970-971
Shubo-kyofu, 306
Sintomi trasversali, *vedi* Trasversali, sintomi, valutazione dei
Sofferenza, concetti culturali di, 17, 870, 880-882, 833-837
Somatici, sintomi, disturbo da, 357-358, 359-364
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 362
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 361
caratteristiche diagnostiche, 360
comorbilità, 364
conseguenze funzionali, 363
criteri diagnostici, 359-360
diagnosi differenziale, 363-364
fattori di rischio e prognosi, 362
prevalenza, 361
sviluppo e decorso, 361-362
Somatici, sintomi, disturbo da, e disturbi correlati, 357-378
disturbo da ansia di malattia, 357, 359, 364-368
disturbo da sintomi somatici, 357-359, 359-364
disturbo da sintomi somatici breve, 378
disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione, 357-359, 378
disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione, 357, 359, 378
disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali), 357-359, 368-372
disturbo fittizio, 357, 359, 375-378
fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche, 357, 359, 372-375
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 942
Sonnambulismo, 464-470; *vedi anche* Arousal del sonno non-REM, disturbi dell'
Sonno, disturbi del, correlati alla respirazione, 419-420, 440-453
apnea centrale del sonno, 446-450
apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, 440-446
ipoventilazione correlata al sonno, 450-453
Sonno, disturbo del, indotto da sostanze/farmaci, 482-489
aspetti diagnostici correlati al genere, 487
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 487
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 485-487
caratteristiche diagnostiche, 484-485
comorbilità, 489
conseguenze funzionali, 488
criteri diagnostici, 482-483
diagnosi differenziale, 488-489
fattori di rischio e prognosi, 487
marker diagnostici, 488
procedure di registrazione, 483-484
relazione con la International Classification of Sleep Disorders, 489
sviluppo e decorso, 487
Sonno REM, disturbo comportamentale del, 419, 474-477
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 475
caratteristiche diagnostiche, 475
comorbilità, 477
conseguenze funzionali, 476
criteri diagnostici, 474-475
diagnosi differenziale, 477
fattori di rischio e prognosi, 476
marker diagnostici, 476
prevalenza, 475
relazione con la International Classification of Sleep Disorders, 477
sviluppo e decorso, 475-476

Suicidario, comportamento, disturbi da, 928-930
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 930
caratteristiche diagnostiche, 929
comorbilità, 930
conseguenze funzionali, 930
criteri proposti per, 928
marker diagnostici, 930
specificatori, 928-929
sviluppo e decorso, 929-930
Suicidio, rischio di
amnesia dissociativa, 348
anoressia nervosa, 397
attacchi di panico, 248
bulimia nervosa, 403
disturbo bipolare I, 152
disturbo bipolare II, 160
disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, 183
disturbo da lutto persistente complicato, 917
disturbo d'ansia di separazione, 222
disturbo da stress post-traumatico, 323
disturbo da uso di oppiacei, 636
disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, 207
disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci, 203
disturbo depressivo maggiore, 188, 193
disturbo di dismorfismo corporeo, 283
disturbo di panico, 245
disturbo dissociativo dell'identità, 342
disturbo neurocomportamentale associato a esposizione prenatale all'alcol, 927
disturbo ossessivo-compulsivo, 277
disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica, 136
disturbo schizoaffettivo, 126
episodi depressivi con ipomania di breve durata, 913
fobia specifica, 231
intossicazione da altri allucinogeni, 620
schizofrenia, 120
Susto, 971
Sviluppo, ritardo globale dello, 35, 47

Tabacco, astinenza da, 566, 670-672
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 671
caratteristiche diagnostiche, 670-671
conseguenze funzionali, 671
criteri diagnostici, 670
diagnosi differenziale, 672
fattori di rischio e prognosi, 671
marker diagnostici, 671
prevalenza, 671
sviluppo e decorso, 671
Tabacco, disturbi correlati al, 563, 665-672
altri disturbi indotti da tabacco, 672
astinenza da tabacco, 566, 670-672
diagnosi associate alla, 564
disturbo correlato al tabacco senza specificazione, 672
disturbo da uso di tabacco, 666-670
Tabacco, disturbo da uso di, 666-670
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 669
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 668
caratteristiche diagnostiche, 667-668
comorbilità, 670
conseguenze funzionali, 669-670
criteri diagnostici, 666-667
fattori di rischio e prognosi, 669
marker diagnostici, 669
prevalenza, 668
specificatori, 667
sviluppo e decorso, 668-669
Taijin kyofusho, 237, 971-972
Terrori nel sonno, 464-470; *vedi anche* Arousal del sonno non-REM, disturbi dell'
Tic, disturbi da, 37, 94-100
aspetti diagnostici correlati al genere, 98
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 98
caratteristiche diagnostiche, 95-97
comorbilità, 99
conseguenze funzionali, 98
criteri diagnostici, 94-95
diagnosi differenziale, 98-99
disturbo da tic con altra specificazione, 99
disturbo da tic senza specificazione, 100
fattori di rischio e prognosi, 97-98
prevalenza, 97
specificatori, 95
sviluppo e decorso, 97
Tourette, disturbo di, 37; *vedi anche* Tic, disturbi da
caratteristiche diagnostiche, 95-97
conseguenze funzionali, 98
criteri diagnostici, 94-95
fattori di rischio e prognosi, 97-98
prevalenza, 97
Trascuratezza
del/della coniuge o del/della partner, 837-838
infantile, 835-836
Trasversali, sintomi, valutazione dei, 852-860
frequenza di utilizzo, 856
valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 del DSM-5, 852-855, 857-860
valutazione dei sintomi trasversali di livello 2 del DSM-5, 854-856
Trattamento medico, non aderenza al, 25, 844-845
Trauma cranico, disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a, 687, 700, 724-728
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 725-726
caratteristiche diagnostiche, 725
comorbilità, 728
conseguenze funzionali, 727-728
criteri diagnostici, 724-725
diagnosi differenziale, 728
fattori di rischio e prognosi, 727
livelli di gravità, 726
marker diagnostici, 727
prevalenza, 726
specificatori, 725
sviluppo e decorso, 726-727

Traumatici e stressanti, eventi, disturbi correlati a, 307-336
disturbi dell'adattamento, 307, 332-335
disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione, 335-336
disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti senza specificazione, 336
disturbo da impegno sociale disinibito, 307, 311-313
disturbo da stress acuto, 307, 325-332
disturbo da stress post-traumatico, 307, 314-325
disturbo reattivo dell'attaccamento, 307-311
principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, 941
Travestitismo, disturbo da, 795, 816-819
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 817
caratteristiche diagnostiche, 817
comorbilità, 819
conseguenze funzionali, 818
criteri diagnostici, 816
diagnosi differenziale, 818-819
prevalenza, 817
specificatori, 816
sviluppo e decorso, 818
Tremore posturale indotto da farmaci, 827
Tricotillomania (disturbo da strappamento di peli), 271-272, 291-294
aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, 294
caratteristiche associate a supporto della diagnosi, 291-292
caratteristiche diagnostiche, 291
comorbilità, 294
conseguenze funzionali, 293
criteri diagnostici, 291
diagnosi differenziale, 293-294
fattori di rischio e prognosi, 293
marker diagnostici, 293
prevalenza, 292
sviluppo e decorso, 292-293
Trúng gió, 244
Valutazione, scale di, 27, 851-867
valutazione dei sintomi trasversali, 852-860
frequenza di utilizzo, 856
valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 del DSM-5, 852-855, 857-860
valutazione dei sintomi trasversali di livello 2 del DSM-5, 854-856
valutazione della gravità, 852, 861
dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico, 861-863
frequenza di utilizzo, 861
scoring e interpretazione, 861
WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule), 20, 23, 852, 864-867
Voyeuristico, disturbo, 795, 797-799
aspetti diagnostici correlati al genere, 799
caratteristiche diagnostiche, 797-798
comorbilità, 799
criteri diagnostici, 797
diagnosi differenziale, 799
fattori di rischio e prognosi, 799
prevalenza, 798
specificatori, 798
sviluppo e decorso, 798-799
Violenza del/della coniuge o del/della partner
fisica, 837
sessuale, 837

World Health Organization (WHO), 7, 26
International Classification of Diseases (ICD), 23
processo di revisione per l', 7, 12-14
uso dei codici ICD-9-CM e ICD-10-CM, 14, 19, 24, 26, 33
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), 23, 852
World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS), 19, 23, 852, 864-867
frequenza di utilizzo, 865
istruzioni per lo scoring del WHODAS 2.0 fornite dalla WHO, 864
ulteriori scoring e guida all'interpretazione per gli utilizzatori del DSM-5, 864-865