

I DISTURBI DIROMPENTI, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA

Disruptive, impulse control and conduct disorders

G. Masi, A. Manfredi, S. Pisano*, A. Milone

IRCCS Stella Maris, Calambrone, Pisa; * Dipartimento Salute Mentale e Fisica e di Medicina Preventiva, Divisione di Psichiatria Infanzia e Adolescenza, II Università di Napoli

RIASSUNTO

I disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta sono tra le cause più frequenti di richiesta di consultazione nei centri di neuropsichiatria infantile, e sono frequentemente associati a fallimento scolastico, stabili comportamenti devianti (impulsivi ed aggressivi), e elevato rischio di evoluzione psicosociale negativa. Questa nuova categoria diagnostica comprende diverse condizioni cliniche che presentano una stabile difficoltà nel controllo delle emozioni e del comportamento, ma che sono caratterizzate anche da una violazione dei diritti altrui, (es. aggressività, distruzione di proprietà, ecc.), o da mancato rispetto di norme sociali o figure di autorità. I disturbi inclusi in questa categoria diagnostica comprendono il disturbo oppositivo-provocatorio, il disturbo della condotta (incluso il sottotipo con emozionalità pro-sociale limitata), il disturbo di personalità antisociale (descritto in modo specifico nel capitolo sui disturbi di personalità), il disturbo esplosivo intermittente, la piromania e la cleptomania (in precedenza inclusi nei disturbi del controllo degli impulsi), ed i disturbi da comportamento dirompente non altrettanto specificato.

INTRODUZIONE

I disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta sono una categoria diagnostica introdotta nel DSM-5¹, che comprende disturbi accomunati da problemi di regolazione emotiva e comportamentale. Anche altri disturbi presenti nel DSM-5¹ si associano a problemi di controllo delle emozioni e del comportamento, ma i disturbi di questo capitolo sono gli unici in cui la disregolazione emotivo-comportamentale si manifesta attraverso la violazione dei diritti degli altri

SUMMARY

Disruptive, impulse control and conduct disorders are among the most common reasons for youth referrals to mental health clinics, and they may be associated with academic failure, persistent maladaptive (impulsive and aggressive) behaviours, and future antisocial outcomes. This new category includes conditions involving problems in self-control of emotions and behavior, characterized by violation of the rights of others (i.e., aggression, destruction of property), or conflicts with societal norms of authority figures. Disorders included in this category are the following: oppositional defiant disorder, conduct disorder (included the subtype with limited pro-social emotions), antisocial personality disorder (described in the chapter on personality disorders), intermittent explosive disorder, pyromania and cleptomania (formerly included in the impulse control disorders), and other specified and unspecified disruptive, impulse control and conduct disorders. Aim of this paper is to explore main features of the above mentioned disorders, and namely the most significant changes in the recent version of the manual.

e/o l'attivazione di condotte che mettono il soggetto in contrasto con norme sociali o figure che rappresentano l'autorità. Tale raggruppamento diagnostico riprende in parte le caratteristiche dei Disturbi da deficit dell'attenzione e da comportamento dirompente presente nel DSM-IV-TR² nei cosiddetti disturbi dell'infanzia e della fanciullezza, non più presenti come categoria autonoma nel DSM-5¹. Nell'ultima formulazione del manuale il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (o ADHD) è stato inserito nella sezione dedicata ai Disturbi del Neurosviluppo, mentre manifesta attraverso la violazione dei diritti degli altri

PAROLE CHIAVE
Disturbi dirompenti - Disturbi del controllo degli impulsi - Disturbi della condotta

KEY WORDS
Disruptive behaviour disorders - Oppositional defiant disorder - Conduct disorder - Intermittent explosive disorder - Callous-unemotional

tre i disturbi inclusi in questa nuova categoria sono i seguenti:

- disturbo oppositivo-provocatorio;
- disturbo esplosivo intermittente;
- disturbo della condotta (incluso il sottotipo con emozionalità prosociale limitata);
- disturbo di personalità antisociale (descritto in modo specifico nel capitolo sui disturbi di personalità);
- cleptomania;
- piromania;
- disturbo da comportamento dirompente non altrettanto specificato (quando i sintomi di uno dei disturbi descritti sono presenti ma il loro numero non raggiunge la soglia diagnostica pur essendo presente una compromissione funzionale significativa).

Elementi comuni di questa categoria diagnostica sono non solo un comune spettro comportamentale esternalizzante, ma anche una dimensione temperamentalmente denominata disinibizione, una scarsa capacità di tollerare frustrazioni, ed una prevalente emozionalità negativa. Questo tratto temperamentale rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di comorbidità con altre patologie psichiatriche come il disturbo da uso di sostanze, ma anche per una possibile evoluzione verso un disturbo antisociale di personalità. Anche se tutti i disturbi riportati in questa categoria sono accomunati da problemi di regolazione emotiva e comportamentale, i vari disturbi si differenziano per l'enfasi relativa ai problemi nei diversi tipi di autocontrollo. In particolare mentre i criteri diagnostici per il Disturbo della Condotta (DC) sono focalizzati su comportamenti scarsamente controllati, i criteri diagnostici per il Disturbo Esplosivo Intermitte (DEI) sono focalizzati in gran parte sul mancato controllo della rabbia, con esplosioni sproporzionate rispetto allo stimolo. Il Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP), i cui criteri sono equamente distribuiti tra emozioni (rabbia, irritabilità) e comportamenti (polemicità, sfida), si pone in una posizione intermedia rispetto a questi due disturbi.

In età evolutiva i disturbi dirompenti del controllo degli impulsi e della condotta sono tra i più frequenti motivi di consultazione presso i servizi di neuropsichiatria infantile nel nostro paese. Anche nella nostra espe-

rienza clinica si è registrato, negli ultimi 10 anni, un significativo aumento nelle richieste di inquadramento diagnostico e di trattamento di questa tipologia clinica in minori di età scolare e pre o adolescenziale, caratterizzati non soltanto dalla espressione sintomatologica del disturbo, ma anche dalle problematiche di adattamento a contesti scolastici e sociali e non raramente da un contesto familiare multiproblematico. L'individuazione precoce e un intervento terapeutico intensivo ed evidence-based possono favorire una prognosi più favorevole, un riallineamento del minore ai compiti evolutivi età correlati, ed un migliore adattamento ai contesti scolastici e sociali con ripercussioni positive anche sul contesto familiare.

Nel percorso di revisione del DSM-IV³ è stato fatto il tentativo, comune a tutte le categorie diagnostiche, ma in particolare per il DC⁴, di utilizzare nella categorizzazione una prospettiva di sviluppo ed una valutazione dimensionale, e sono stati revisionati i descrittori sintomatologici per facilitare il riconoscimento e delineare le caratteristiche di gravità e pervasività di questi quadri clinici.

DISTURBO OPPPOSITIVO-PROVOCATORIO

Alcuni Autori⁵ sottolineano come i criteri diagnostici espressi per il DOP nel DSM-IV³ individuino uno specifico quadro clinico in grado di identificare anche forme precoci di disturbi del comportamento, che possono avere un'insorgenza nei primi anni di vita, causare una significativa interferenza nelle strategie di adattamento e funzionamento affettivo e relazionale, e rappresentare uno specifico fattore di rischio per l'evoluzione verso quadri psicopatologici in età successive, quali disturbi dell'umore depressivi e bipolar, disturbi d'ansia, disturbo della condotta, disturbo da uso di sostanze, disturbo antisociale di personalità. La diagnosi di DOP, così come definita dal DSM-IV³, identifica un disturbo che può mantenersi stabile nel tempo e compromettere sia in età evolutiva, ma anche in età adulta ed in modo rilevante il funzionamento adattivo in ambito affettivo-relazionale, scolastico e lavorativo^{6,8}.

La revisione dei criteri nel DSM-5¹ propone la conservazione dei criteri diagnostici individuati nel DSM-IV³ per il DOP, con la seguente ripartizione dei descrittori del criterio A:

A. Un pattern persistente di umore arrabbiato/irritabile, comportamenti polemici /sfidanti o vendicativi che durano almeno 6 mesi, periodo nel quale sono stati presenti almeno 4 sintomi tra quelli presenti nelle seguenti categorie e che sono stati osservati durante l'interazione con almeno un individuo che non è un fratello.

Arrabbiato/Umore irritabile

1. Spesso si arrabbia
2. Spesso è suscettibile o facilmente irritato dagli altri
3. Spesso è arrabbiato e rancoroso

Polemico/condotte di sfida

4. Spesso litiga con le persone che rivestono ruoli di autorità o con gli adulti
5. Spesso sfida attivamente o rifiuta di rispettare la/le richieste o le regole degli adulti
6. Spesso irrita deliberatamente gli altri
7. Spesso accusa gli altri per i suoi errori o il proprio cattivo comportamento

Condotte vendicative

È stato vendicativo o dispettoso almeno due volte negli ultimi 6 mesi.

Nei criteri diagnostici è presente una nota che cerca di facilitare la distinzione tra comportamenti che possono essere collocati nel range caratteristico per l'età rispetto ai comportamenti che potremmo definire sintomatici o patognomonici. L'obiettivo è quindi quello di ampliare la validità dei criteri diagnostici, specie per l'età prescolare, e favorire specifici interventi preventivi e terapeutici. In particolare accogliendo le sollecitazioni di alcune autrici che si occupano della diagnosi dei disturbi esternalizzanti in età prescolare^{7,9}, viene fatto riferimento ad una modifica dei criteri inerenti la persistenza e la frequenza dei sintomi che permette di far diagnosi di DOP in bambini di 5 anni se il comportamento vendicativo (A8) si verifica in più giorni per un periodo di almeno 6 mesi, mentre se l'età è superiore ai 5 anni tale comportamento deve essere stato presente almeno in un'occasione alla settimana per almeno 6 mesi. Viene comunque sottolineata l'importanza di valutare la qualità e intensità dei comportamenti disfunzionali rispetto ai parametri di normalità caratteristici per l'età, il genere e il contesto culturale di riferimento del minore.

Il DSM-5¹ consente la possibilità di una diagnosi di comorbilità tra DOP e DC, dato che alcuni stu-

di^{5,10} hanno mostrato come le traiettorie evolutive dei due disturbi siano spesso indipendenti. Vengono confermati come criteri di esclusione la presenza di un Disturbo Psicotico, di un Disturbo Depressivo (con particolare riferimento al Disturbo da Disregolazione dell'Umore Dirompente), di un Disturbo Bipolare o di un Disturbo da Uso di Sostanze.

Nel DSM-5¹ è stata aggiunta una tipizzazione dimensionale del DOP, sulla base della intensità e pervasività dei sintomi in uno o più contesti di vita, in tre livelli di gravità:

Lieve: i sintomi sono presenti esclusivamente in un contesto (ad esempio a casa, a scuola, a lavoro, con i coetanei).

Moderato: sintomi sono presenti in almeno due contesti.

Grave: i sintomi sono presenti in 3 o più contesti. In un lavoro di Stringaris¹¹ si rileva come in molti bambini ed adolescenti con DOP siano prevalenti i sintomi relativi alla componente emozionale del DOP, con irritabilità, ipersensibilità alle frustrazioni, ed eccessiva suscettibilità personale. Proprio il prevalere nel quadro clinico di tali aspetti, delineati come predittori di sviluppo, potrebbe essere un indicatore di un maggior rischio di evoluzione verso un più chiaro disturbo dell'umore in età adolescenziale o adulta¹².

La presenza, invece, di prevalenti manifestazioni comportamentali (condotte vendicative o mirate a incidere negativamente su gli altri, ancor più se coetanei), potrebbe essere indicativa di un maggiore rischio di evoluzione verso quadri clinici caratterizzati dalla violazione di regole maggiori o minori, da impulsività o da più chiare deviazioni dissociali.

DISTURBO DELLA CONDOTTA

La revisione dei criteri diagnostici per il DC non ha apportato modifiche sostanziali nei descrittori diagnostici rispetto al DSM-IV³. Questa scelta è stata motivata dalla evidenza che i criteri diagnostici, individuati nella scorsa edizione, hanno garantito in modo sufficiente la definizione di una entità clinica dotata di aspetti specifici in ambito epidemiologico, etiopatogenetico e prognostico.

Nel DSM-5¹ inoltre viene conservata la classificazione di sottotipi identificati dall'età di insorgenza con

cut-off dei 10 anni, differenziando la forma ad insorgenza infantile da quella adolescenziale e inserendo una terza categoria per i casi in cui non sia possibile, per insufficienza di informazione, determinare l'età di insorgenza. Nella descrizione della tipizzazione in base all'età di insorgenza si specifica come le due forme abbiano aspetti evolutivi e fattori etiopatologici diversi. I DC ad esordio infantile hanno una maggiore persistenza dei sintomi in età adulta, una precoce instabilità e disfunzionalità familiare, sono più spesso associati a caratteristiche temperamentalmente e a profili cognitivi specifici e a una vulnerabilità genetica. Di contro, il DC ad esordio pre- e adolescenziale è meno legato a fattori familiari traumatici o a stili educativi disfunzionali, a specifici deficit cognitivi e temperamentalni, a fattori di rischio genetico ed appare maggiormente correlabile a fattori di rischio ambientali che motivano apprendimento sociale negativo, come ad esempio la frequentazione di gruppi di pari dissociali^{13,14}. Tuttavia i correlati neurali dei due disturbi alla RM funzionale, più simili che differenti, hanno posto un dubbio sulla reale necessità di mantenere distinte le forme.

L'elemento probabilmente più significativo è l'inserimento nel DSM-5¹ di un sottotipo specifico "con emozioni prosociali limitate" che nella lettura internazionale si caratterizza per la presenza di specifiche caratteristiche temperamentalmente dette "Callous-Unemotional Traits" (CU). Negli ultimi anni sono stati pubblicati molti lavori che concordano sulla presenza di questi tratti temperamentalni in minori con DC che presentano caratteristiche cliniche particolarmente gravi, fattori di rischio genetico più ampi e specifici aspetti neurocognitivi che li distinguono dai minori con DC che non presentano tratti CU¹⁵. In particolare questo specifier caratterizza minori che presentano condotte aggressive di tipo proattivo/predatorio che il soggetto è in grado di progettare anche autonomamente e che sono tese al raggiungimento di obiettivi personali di vendetta, dominio o sopraffazione dell'altro. Questi quadri clinici costituiscono fattori prognostici negativi essendo spesso correlati allo sviluppo di quadri psicopatologici complessi, maggiormente resistenti sia ad interventi farmacologici^{16,17} che non farmacologici^{18,19}, in cui le condotte aggressive e dissociali possono gradualmente intensificarsi e portare allo

sviluppo di un Disturbo Antisociale di Personalità. Il complesso dei dati disponibili²⁰ sulla consistenza clinica del sottotipo DC e CU e sulla sua specificità etiologica, neurocognitiva e neurobiologica, nonché le evidenze presenti sull'influenza che la presenza dei tratti CU elevati ha sull'evoluzione del quadro clinico e sulla efficacia dei trattamenti supporta la nuova sottotipizzazione del DSM-5¹, DC con emozioni prosociali limitate.

Per soddisfare i criteri per questo specifico indicatore, un soggetto deve aver mostrato almeno due delle seguenti caratteristiche per almeno 12 mesi in multipli contesti e relazioni. Le caratteristiche descritte riflettono tipici pattern individuali presenti sia in ambito relazionale interpersonale che nel funzionamento emotivo che si sono presentati in tutto il periodo considerato e non solo in situazioni occasionali. Per valutare la presenza degli specifici criteri sono necessarie informazioni da più fonti. Accanto alle informazioni che il soggetto valutato può dare autonomamente, è necessario considerare anche le informazioni riportate da altri che hanno avuto conoscenza o contatti con il soggetto per periodi estesi (ad es. genitori, insegnanti, familiari, coetanei). Le caratteristiche di questo sottotipo sono le seguenti:

Scarso rimorso o scarso senso di colpa: non si sente cattivo o in colpa quando fa qualcosa di sbagliato (escludere il rimorso se espresso solamente quando il soggetto si sente scoperto e/o se sa di dover essere punito). Il soggetto mostra un globale deficit rispetto alla capacità di valutare le conseguenze delle sue azioni. Per esempio, il soggetto non prova rimorso dopo aver ferito qualcuno o non si preoccupa delle conseguenze relative al non aver rispettato le regole. Il soggetto raramente ammette di essersi sbagliato e in genere da la colpa agli altri per le conseguenze delle sue azioni.

Freddezza, scarsa empatia: ignora e non si occupa dei sentimenti degli altri. Il soggetto viene descritto come freddo e indifferente. Il soggetto appare maggiormente preoccupato per gli effetti del comportamento degli altri nei propri confronti, piuttosto che per gli effetti che le sue azioni hanno sugli altri, anche quando provoca gravi danni agli altri.

Non si preoccupa delle proprie prestazioni: non si mostra preoccupato se presenta prestazioni scarse

o comunque problematiche in ambito scolastico, lavorativo o in altre attività. Il soggetto non fa gli sforzi necessari per svolgere i suoi compiti in modo positivo, anche quando le richieste sono chiare e in genere da agli altri la colpa dei suoi insuccessi e dei risultati scarsi.

Superficiale o anaffettivo: non esprime o mostra i propri sentimenti agli altri, eccetto che in un modo superficiale o non sincero (ad esempio, le azioni contraddicono le emozioni mostrate, può passare rapidamente da un'emozione on a emozione off) o quando le espressioni emotive sono usate per ottenere un vantaggio (ad esempio, esprime emozioni per manipolare intimidire gli altri).

Vi sono molti dati relativi a ricerche retrospettive svolte in un sottogruppo specifico di adulti antisociali che presentano tratti psicopatici, che fanno rilevare in questi soggetti una storia di condotte antisociali già dall'adolescenza e anche dall'età scolare. Nei soggetti adulti con psicopatia, sono anche descritte sin dall'età evolutiva importanti difficoltà relazionali e la tendenza a utilizzare, nell'interazione con l'altro, condotte strumentali e manipolative²¹. In campioni clinici e non-clinici ed in campioni di soggetti reclusi in carceri minorili sono stati evidenziati tratti di personalità riferibili a tre specifiche dimensioni, simili a quelli presenti in adulti psicopatici. Le tre dimensioni individuate fanno riferimento ai tratti CU, narcisistici e impulsivi. I tratti CU appaiono particolarmente elevati in gruppi di bambini/adolescenti che presentano condotte antisociali molto gravi²². Gli strumenti utilizzati per la rilevazione di queste dimensioni personalologiche (APSD – *Antisocial Processing Device* e ICU- *Inventory of Callous Unemotional traits*, PCL-Y- *Psychopathy checklist Youth Version*), sono stati utilizzati in studi di popolazioni statunitensi ed europee e anche in lavori pubblicati dal gruppo di ricerca che, presso l'IRCCS Stella Maris, si occupa di assessment e trattamento dei DC a d'esordio precoce e/o adolescenziale^{18 19}. Gli studi in follow-up dei minori in cui sin da età scolare erano stati rilevati elevati tratti CU hanno mostrato come tale dato costituisca un fattore di rischio per la presenza di questi tratti anche in età adolescenziale^{23 24} e adulta^{25 26}.

Nei soggetti con DC, la presenza dei tratti CU appare maggiormente correlata ad una etiologia

geneticamente determinata rispetto a quanto accade in soggetti con tratti CU bassi. Viding et al.²⁷ hanno preso in esame un ampio campione di gemelli di 7 anni, ed hanno mostrato come nei soggetti con problematiche di condotta e tratti CU elevati sia presente, nella valutazione dei fattori etiologici, una significativa prevalenza dei fattori genetici rispetto a quelli ambientali. Nei bambini che non presentavano tratti CU elevati, invece, le condotte antisociali appaiono maggiormente correlate a specifici aspetti disfunzionali delle strategie educative genitoriali. I dati emersi in questo primo studio sono stati confermati dallo stesso gruppo in un lavoro che prevedeva la rivalutazione dello stesso campione due anni più tardi²⁸.

I minori con DC e limitate emozioni prosociali, confrontati con bambini sani di pari età, sono caratterizzati sul piano neurobiologico da ridotta attivazione della corteccia cingolata anteriore e della amigdala in risposta a stimoli ambientali negativi e da un ridotto volume del lobo temporale destro²⁹. Nel campione dei soggetti con problemi di condotta e tratti CU elevati si è rilevata una ipoattivazione dell'amigdala di fronte alle espressioni di paura. I dati di ipofunzionalità dell'amigdala emersi nel sottogruppo DC e CU di soggetti in età evolutiva, sono in linea con quelli emersi in studi svolti su campioni di soggetti adulti con tratti psicopatici^{30 31}. Studi di neurochimica hanno mostrato in questi soggetti ridotti livelli di serotonina e cortisolo (con conseguente riduzione della funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisario) e una funzionalità del sistema autonomo attenuata in contesti di stimolo emotivo³².

Un altro elemento che contraddistingue i soggetti con DC e elevati tratti CU è la presenza di uno specifico profilo neurocognitivo in cui si evidenzia un deficit delle capacità di processazione emozionale e più in generale del profilo empatico. I soggetti con DC e tratti CU presentano infatti una difficoltà a riconoscere e verbalizzare le proprie emozioni e ancor più a valutare le conseguenze emotive delle proprie azioni su gli altri³³. La difficoltà prevale nel riconoscimento negli altri di espressioni di paura, tristezza e stress a cui questi soggetti non rispondono con un adeguata sintonizzazione comportamentale e/o affettiva^{21 29}. I minori con DC e tratti CU sono descritti come poco responsivi alle comuni strategie educative e anche

agli interventi terapeutico-riabilitativi che risultano comunemente efficaci nei minori con DC, quali le tecniche e strategie cognitivo-comportamentali^{18 34 35}, anche se un intervento maggiormente centrato su elementi internalizzanti può rappresentare, in particolare negli interventi precoci, una più efficace strategia terapeutica³⁶.

Da qualche anno, un altro pathways di sviluppo è stato proposto come modello interpretativo dei DC, non alternativo alla presenza dei tratti CU, ma complementare, valido soprattutto per i pazienti con tratti CU bassi. Tale pathway si basa sull'osservazione che pazienti con tratti CU bassi hanno spesso una emotività negativa, elevati problemi internalizzanti e soprattutto difficoltà a regolare la rabbia. Spesso tali pazienti hanno un temperamento estremamente irritabile, mostrano segni e sintomi di DOP nell'infanzia e successivamente sviluppano un DC. In questi pazienti in cui la mancata regolazione della rabbia può sfociare in comportamenti aggressivi e/o delinquenziali, sono osservati specifici assetti cognitivi (tendenza a interpretare come ostili stimoli sociali ambigui) e una prevalenza nelle famiglie di una modalità educativa aspra e rigida³⁷. Una parte di questi pazienti sviluppa una comorbidità con disturbo bipolare¹².

I DISTURBI DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI

Nella quarta edizione del DSM³ il disturbo esplosivo intermittente, la cleptomania, la piromania attualmente inseriti nel capitolo "Disturbi dirompenti del controllo degli impulsi e della condotta" erano inseriti nel capitolo dei disturbi del controllo degli impulsi insieme al gioco d'azzardo patologico, alla tricotillomania e al disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato. L'elemento comune a questi sei disturbi era la presenza di alcune caratteristiche comuni, ed in particolare la difficoltà a resistere all'impulso o alla tentazione di eseguire una certa azione, che si associa in genere ad una sensazione soggettiva di piacere, che è alla base della spinta a ricercare ripetutivamente la soddisfazione dell'impulso (addiction), ed in questo senso si differenzia dalla compulsione, anch'essa ripetitiva, ma che si associa in genere a conflitto, sofferenza, fastidio, e non a piacere.

Nel DSM-5¹ la categoria dei disturbi del controllo de-

gli impulsi è stata scomposta. Il gioco d'azzardo patologico è stato inserito nel capitolo dei Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction, sulla base della evidenza che i comportamenti legati al gioco d'azzardo patologico attivano 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.

Altre dipendenze comportamentali, quali la dipendenza da sesso, la dipendenza da esercizio fisico o la dipendenza da shopping non sono stati inclusi nel manuale perché allo stato attuale non vi è sufficiente evidenza per stabilire criteri diagnostici e descrizioni di decorso necessari per identificare questi comportamenti come disturbi mentali.

La tricotillomania è stata inserita nel DSM 5¹ nel capitolo del Disturbo Ossessivo Compulsivo e disturbi correlati, anche se tale collocazione appare per certi versi discutibile. I comportamenti ripetitivi che caratterizzano la tricotillomania non sono innescati da ossessioni o preoccupazioni. Inoltre rispetto al disturbo ossessivo-compulsivo, lo strappamento di peli può essere preceduto da un aumentato senso di tensione, ma portare a gratificazione, piacere o senso di sollievo, molto più raro nelle compulsioni.

NEL DSM-5¹ il DEI, la cleptomania e la piromania sono stati inclusi nel capitolo dei disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta.

DISTURBO ESPLOSIVO INTERMITTENTE

Il DEI è un disturbo del comportamento caratterizzato da espressioni estreme di rabbia impulsiva, spesso incontrollabili, che sono sproporzionate rispetto alla stimolo vissuto come provocazione. Data la non facile definizione diagnostica di tale quadro, in particolare in età evolutiva, è forse utile ripercorrerne la genesi nelle precedenti versioni del DSM³⁸. Il costrutto del DEI è già rintracciabile nella prima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali del 1956³⁹, denominato come "Personalità Passiva-Aggressiva (tipo Aggressivo)", e caratterizzato da "costante reazione alla frustrazione caratterizzata da irritabilità, scoppi di rabbia, comportamenti distruttivi". Nel DSM-II⁴⁰ il disturbo viene

denominato "Personalità Esplosiva", e gli individui affetti vengono descritti come "individui aggressivi" che manifestano "comportamenti violenti intermittenti", "generalmente eccitabili, aggressivi, estremamente reattivi alle pressioni ambientali" con "scoppi di rabbia o aggressività fisica o verbale che differivano dai loro comportamenti abituali". Nonostante queste descrizioni vivide e dettagliate, pochi erano i dati empirici a disposizione, in quanto pochi infatti erano gli individui con scoppi aggressivi intermittenti che raggiungevano i criteri previsti per la diagnosi del disturbo. Nel DSM-III⁴¹ compare per la prima volta la denominazione Disturbo Esplosivo Intermittente, inserito nella sezione dei Disturbi del Controllo degli Impulsi, e caratterizzato da "atti aggressivi a bassa frequenza ed alta intensità" "out of character" del soggetto. Tali atti aggressivi non dovevano associarsi ad una generalizzata tendenza del soggetto ad essere aggressivo né alla presenza di impulsività. Il DSM-III⁴¹ ha concettualizzato il DEI come un disturbo del comportamento a tipo "Jekyll e Hyde", caratterizzato dalla improvvisa comparsa, in soggetti generalmente non aggressivi né impulsivi, di esplosioni di rabbia ed aggressività e successivo e rapido ritorno ad un comportamento adeguato e controllato. Va sottolineato che i membri del questo gruppo di lavoro del DSM-III⁴¹ erano psichiatri clinici fortemente influenzati dall'ipotesi, non supportata da dati empirici, che i soggetti con crisi intermittenti di rabbia avessero un disturbo a tipo "crisi epilettiche limbiche" che si manifestavano con sintomi di discontrollo comportamentale episodico⁴². Il criterio diagnostico C sia del DSM-III⁴¹ che del DSM-III-R⁴³ escludeva i soggetti generalmente "impulsivi e aggressivi" tra un'esplosione di rabbia e l'altra, non consentendo ai soggetti con aggressività ed impulsività abituali e scoppi di aggressività intermittente di ricevere diagnosi di DEI, e rendendo quindi difficile il soddisfacimento dei criteri diagnostici per tale disturbo⁴⁴.

Nel DSM-IV troviamo due importanti cambiamenti, la rimozione dei criteri di esclusione che non permettevano ai soggetti con aggressività ed impulsività di ricevere diagnosi di DEI, e la possibilità di diagnosticare il disturbo anche in presenza di altri disturbi nella misura in cui l'aggressività intermittente non era completamente spiegabile con il disturbo in comorbidità^{45 46}.

Il cambiamento principale del DEI per il DSM-5¹ è il tipo di manifestazioni aggressive che dovrebbero essere considerate per la diagnosi, in quanto nel DSM-IV³ era richiesta l'aggressione fisica, mentre nel DSM-5¹ anche l'aggressività verbale e non distruttiva/senza ferite soddisfa i criteri per la diagnosi. Il DSM-5¹ fornisce inoltre ulteriori specificazioni che definiscono la frequenza necessaria per soddisfare i criteri e specifica che le esplosioni aggressive sono impulsive e/o basate sulla rabbia, e devono causare un marcato disagio, danni sul lavoro o nel funzionamento interpersonale o ancora, essere associate a conseguenze finanziarie o legali negative. Inoltre, a causa della scarsità di ricerca su questo disturbo nei bambini piccoli e la potenziale difficoltà nel distinguere questi sfoghi da normali accessi di collera, è ora richiesta un'età minima di 6 anni (o livello di sviluppo equivalente). Infine, soprattutto per i giovani, il rapporto di questo disturbo con altri disturbi (ad esempio, l'ADHD, o il Disturbo di Disregolazione dell'Umore Dirompente) è stato ulteriormente chiarito. Questa diagnosi può essere posta in aggiunta a quella di ADHD, DC, DOP o Disturbo dello spettro autistico 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.

I criteri diagnostici sono i seguenti:

- Accessi comportamentali ricorrenti che rappresentano l'incapacità di controllare gli impulsi aggressivi, come manifestato da uno dei seguenti :
 - Aggressione verbale (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 tre mesi. L'aggressione fisica non comporta danneggiamento o distruzione di proprietà e non provoca lesioni ad animali o altre persone.
 - Tre accessi comportamentali che implicano danneggiamento o distruzione di proprietà e/o aggressione fisica che provoca lesioni ad animali o altre persone che si verificano in un periodo di 12 mesi.
 - Il grado di aggressività espresso durante gli accessi ricorrenti è grossolanamente esagerato rispetto

alla provocazione o a qualsiasi fattore stressante psicosociale precipitante.

- 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).
- 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.
- L'età cronologica è di almeno 6 anni (o livello di sviluppo equivalente).
- 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 bordeline di personalità) e non sono attribuibili ad 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 riguardanti minori di età tra 6 e 18 anni, non deve essere preso in considerazione un comportamento aggressivo che si verifica come facente parte di un disturbo dell'attaccamento.

ALTRI DISTURBI DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI

La piromania e la cleptomania sono caratterizzate da scarso controllo degli impulsi relativi a specifici comportamenti (dar fuoco, rubare) messi in atto per alleviare la tensione anteriore.

La violazione dei diritti degli altri e/o delle norme sociali e/o dell'autorità che anche in questi disturbi si associa alla disregolazione emotivo-comportamentale ne giustifica almeno parzialmente l'inserimento nel DSM-5¹ all'interno del capitolo dei disturbi dirompenti del controllo degli impulsi e della condotta.

- La cleptomania è disturbo raro caratterizzato "dalla ricorrente incapacità di resistere all'impulso di rubare oggetti che non hanno utilità personale o valore commerciale". Il furto non è compiuto né per vendetta, né per rabbia, né dietro ad un delirio o ad

un'allucinazione ma dall'incapacità a resistere ad un desiderio impellente. Le vie trasmettitoriali associate alle dipendenze comportamentali, fra le quali quelle associate ai sistemi serotonergico, dopaminergico e oppioide, sembrano essere coinvolte anche nella cleptomania.

I criteri diagnostici sono i seguenti:

- 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.
- Crescente sensazione di tensione immediatamente prima di commettere il furto.
- Piacere, gratificazione o sollievo nel momento in cui il furto viene commesso.
- Il furto non viene compiuto per esprimere rabbia o vendetta, né in conseguenza di un delirio o un'allucinazione.
- Il furto non è meglio spiegato dal disturbo della condotta, da un episodio maniacale o dal disturbo antisociale di personalità.

La cleptomania dovrebbe essere distinta dai comuni furti commessi nei negozi o altrove. La cleptomania è estremamente rara, mentre il taccheggio è relativamente comune. Va inoltre tenuto presente che gli individui accusati di furto possano simulare i sintomi della cleptomania per evitare condanne penali. I furti comuni (premeditati e non) sono decisi e motivati in base all'utilità dell'oggetto o al suo valore economico.

In genere gli oggetti rubati da chi soffre di cleptomania sono di scarso valore per il soggetto che spesso li cede o li butta via. Più raramente può anche conservarli e 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 di altre persone. L'atto di rubare è spesso preceduto da una sensazione di crescente tensione accompagnata da piacere, gratificazione e sollievo in seguito al furto. Il soggetto si rende conto dell'insensatezza dell'atto ed in seguito a ciò può esperire uno stato di depressione e un forte senso di colpa.

Naturalmente la cleptomania può causare difficoltà legali, familiari, di carriera e personali. L'età di insorgenza è variabile, ma spesso il disturbo inizia

nell'adolescenza. Vi sono pochi dati sistematici sul decorso della kleptomania, 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.

B) La piromania è un disturbo raro caratterizzato da episodi multipli di appiccamento deliberato e intenzionale di incendi.

I criteri diagnostici sono i seguenti:

- A. Appiccamento deliberato e intenzionale del fuoco in più occasioni.
- 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 una 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 intellettuale (disturbo dello sviluppo intellettuale), 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.

Gli individui con questo disturbo sono spesso osser-

vatori 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.

I soggetti affetti da questo disturbo 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 di altre persone. Non si hanno a disposizione dati sufficienti per stabilire l'età tipica d'esordio della piromania. Anche se l'appiccicare il fuoco rappresenta un grave problema in età evolutiva (oltre il 40% degli arrestati per reati di incendio doloso negli USA hanno un'età inferiore a 18 anni), nell'infanzia la piromania sembra essere rara. L'appiccamento del fuoco in bambini ed adolescenti è di solito associato a disturbo della condotta, ad ADHD o a un disturbo dell'adattamento. Non è stata documentata la presenza di relazione tra l'appiccamento del fuoco nell'infanzia e la piromania in età adulta. I casi di appiccamento del fuoco negli individui con piromania, generalmente, sono episodici e possono avere una frequenza fluttuante. Il decorso longitudinale è sconosciuto.

Un piromane in senso clinico spesso non ha altri sintomi esclusa la polarizzazione per il fuoco che è la causa del suo comportamento, anche se generalmente il fuoco viene utilizzato per indurre euforia, e questo collega il disturbo anche allo spettro affettivo bipolare.

BIBLIOGRAFIA

- 1 APA, American Psychiatric Association. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali: DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2014.
- 2 APA, American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington: DC. 2000.
- 3 APA, American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: DSM-IV*. Milano: Masson 1995.
- 4 Hudziack J, Achenbach TM, Pine DS. A dimensional approach to developmental psychopathology. *Int J Methods Psych Researc* 2007;16S:16-23.
- 5 Burke JF, Walman I, Lahey BB. Predictive validity of childhood Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: implication for the DSM-V. *J Abnorm Psychol* 2010;119:739-51.
- 6 Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:764-72.
- 7 Keenan K, Wroblewski K, Loeber R. Age of onset, symptom threshold, and expansion of the nosology of conduct disorder in girls. *J Abn Psychology* 2010;119:689-98.
- 8 Burke JD, Rowe R, Boylan K. Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55:264-72.
- 9 Moffit TE, Arseneault L, Viding E. Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:1-40.
- 10 Buitelaar JK. About breaking barriers, the risk paradox, and other twist. *Eur Child Adol Psychiatry* 2011;20:276-9.
- 11 Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:404-12.
- 12 Masi G, Milone AR, Manfredi A, et al. Comorbidity of conduct disorder and bipolar disorder in referred children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008;18:271-9.
- 13 Masi G, Milone AR, Manfredi A, et al. Conduct disorder in referred children and adolescents. *Compr Psychiatry* 2008;49:146-53.
- 14 Buitelaar JK, Smeets KC, Herpers P, et al. Conduct disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22(Suppl 1):S49-5.
- 15 Frick PJ, Moffit TE. A proposal to DSM-V Childhood Disorder and ADHD Disruptive Behavior Disorders Work Groups to include a Specifier of Conduct Disorder based on the presence of Callous-Unemotional Traits. *American Psychiatric Association DSM-V Proposal Online* 2010: 1-36.
- 16 Masi G, Milone A, Canepa G, et al. Olanzapine treatment in adolescents with severe conduct disorder. *Eur Psychiatry* 2006;21:51-7.
- 17 Masi G, Milone AR, Manfredi A, et al. Effectiveness of lithium in adolescents with conduct disorders. *CNS Drugs* 2009;23:59-69.
- 18 Masi G, Manfredi A, Milone AR, et al. Predictors of non-response to psychosocial treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacology* 2011;21:51-5.
- 19 Masi G, Muratori P, Manfredi A, et al. Response to treatments in youths with disruptive behavior disorders. *Compr Psychiatry* 2013;54:1009-15.
- 20 Herpers PC, Scheepers FE, Bons DM, et al. The cognitive and neural correlates of psychopathy and especially callous-unemotional traits in youths: a systematic review of the evidence. *Dev Psychopathol* 2014;26:245-73.
- 21 Blair RJ, Pershardt KS, Pine DS. The development of psychopathy. *J Child Psychol Psych* 2006;47:262-76.
- 22 Pardini DA, Frick JP, Moffit TE. Building an evidence base for DSM-5 conceptualization of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: introduction to the special section. *J Abnor Psychology* 2010;119: 683-8.
- 23 Obradovic J, Pardini DA, Long JD. Measuring interpersonal callousness in boys from childhood to adolescence: an examination of longitudinal invariance and temporal stability. *J Clin Adol Psychology* 2007;36:276-92.
- 24 Fontaine NG, Moffitt TE, Viding E. Predictors and outcomes of joint trajectories of callous-unemotional traits and conduct problems in childhood. *J Abnor Psychology* 2011;120:730-42.
- 25 Blonigen DM, Hickes BM, Kruger RF. Continuity and change in psychopathic traits as measured via normal-range personality: a longitudinal-biometric study. *J Abnor Psychol* 2006;2115:85-95.
- 26 Lynam DR, Caspi A, Moffit TE. Scores in early adolescence predict adult psychopathy. *J Abnorm Psychology* 2007;116:155-65.
- 27 Viding E, Blair RJ, Moffit TE. Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-years-old. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46:592-7.
- 28 Viding E, Jones AP, Frick PJ. Heritability of antisocial behaviour at nine-years: do callous-unemotional traits a matter? *Dev Science* 2008;11:17-22.
- 29 Blair JR. The neurobiology of psychopathic traits in youth. *Nat Rev Neurosci* 2013;14:786-99.
- 30 Viding E, Price TS, Jafee SR, et al. Genetics and callous-unemotional behavior in children. *Plos One* 2013;9:8:e65789.
- 31 Marsh AA, Finger EC, Bail RJ. Reduced amygdala response to fear expression in children and adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorders. *Am J Psychiatry* 2008;165:712-20.
- 32 Cappadocia MC, Desrocher M, Pepler D, et al. Contextualizing the neurobiology of conduct disorder in an emotion dysregulation framework. *Clin Psychol Rev* 2009;29:506-18.
- 33 Masi G, Milone A, Paciello M, et al. Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behaviour disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems. *Psychiatry Res* 2014, in press.
- 34 Pardini D, Lochman J, Powell N. The development of callous-unemotional traits and antisocial behavior in children: are there shared and/or unique predictors? *J Clin Child Adol Psychology* 2007;36:319-33.
- 35 Hawes DJ, Price MJ, Dadds MR. Callous-unemotional traits

and the treatment of conduct problems in childhood and adolescence: a comprehensive review. Clin Child Fam Psychol Rev 2014 Apr 19 [Epub ahead of print].

³⁶ Masi G, Milone A, Pisano S, et al. Emotional reactivity in referred youth with disruptive behaviour disorders: the role of callous unemotional traits. Psychiatr Res 2014, in press.

³⁷ Pardini D, Frick PJ. Multiple developmental pathways to conduct disorder: current conceptualizations and clinical implications. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2013;22:20-5.

³⁸ Coccaro EF, Kavoussi RJ, Berman ME, et al. Intermittent explosive disorder revised: development, reliability, and validity of research criteria. Compr Psychiatry 1998;39:368-76.

³⁹ APA, American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1956.

⁴⁰ APA, American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM II. 1968.

⁴¹ APA, American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: DSM-III. Milano: Masson 1980.

⁴² Elliott FA. The episodic dyscontrol syndrome and aggression. Neurol Clin 1984;2:113-25.

⁴³ APA, American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: DSM-III-R. Milano: Masson 1989.

⁴⁴ Felthous AR, Bryant SG, Wingerter CB, et al. The diagnosis of intermittent explosive disorder in violent men. Bull Am Acad Psychiatry Law 1991;19:71-9.

⁴⁵ Coccaro EF. Intermittent explosive disorder: development of integrated research criteria for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Compr Psychiatry 2011;52:119-25.

⁴⁶ Coccaro EF, Lee R, McCloskey MS. Validity of the new A1 and A2 criteria for DSM-5 intermittent explosive disorder. Compr Psychiatry 2014;55:260-7.

DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E DSM-5: CONSIDERAZIONI NOSOGRAFICHE E CLINICHE

Substance use disorders and DSM-5: nosographic and clinic considerations

A. Di Stefano, G.B. Camerini*, M. Valentini**, F. Russo**, U. Sabatello*

Psicologa Clinica, Responsabile Area Devianza Dipartimento Disagio Devianza Dipendenze ASL Frosinone. Docente Master II Livello "Psichiatria forense e clinica delle dipendenze in età evolutiva" Sapienza Università di Roma.

* NPI, Psichiatra, Vice direttore Master II Livello "Psichiatria forense e clinica delle dipendenze in età evolutiva" Sapienza Università di Roma.

** Laureata in Neuroscienze cognitive. Psicologa ricercatrice a contratto presso "Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Facoltà di Medicina e Odontoiatria Sapienza Università di Roma, Policlinico Umberto I.

** Laureata in Neuroscienze cognitive. Tirocinante post-lauream presso "Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Facoltà di Medicina e Odontoiatria Sapienza Università di Roma, Policlinico Umberto I.

* NPI, Dip. Pediatria e NPI Facoltà di Medicina e Odontoiatria Sapienza Università di Roma, Policlinico Umberto I; Direttore Master II Livello "Psichiatria forense e clinica delle dipendenze in età evolutiva" Sapienza Università di Roma.

RIASSUNTO

La quinta edizione del DSM ha portato con sé molte modifiche rispetto all'edizione precedente. Tra questi cambiamenti, alcuni riguardano in particolar modo il capitolo relativo ai disturbi da uso di sostanze^{1,2} che attualmente è titolato "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction".

SUMMARY

The latest edition of the Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, edited by American Psychiatric Association, provides a series of significant changes about Substance use disorders. one of the changes is the the name of category.

DAL DSM-IV AL DSM-5: CHE COSA È CAMBIATO

La quinta edizione del DSM ha portato con sé molte modifiche rispetto all'edizione precedente. Tra questi cambiamenti, frutto dei 13 anni di studio intercorsi tra una versione e l'altra, alcuni riguardano in particolar modo il capitolo relativo ai disturbi da uso di sostanze^{1,2}.

Il primo grande cambiamento, che rispecchia una rivoluzione di natura sia concettuale e culturale che sintomatologica e fenomenologica, è possibile osservarlo nel titolo del capitolo: "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction"^{3,4}. La nuova titolazione del

capitolo racchiude in sé l'emergente riconoscimento e l'inclusione all'interno del capitolo delle "dipendenze comportamentali", che sempre più catturano l'attenzione di ricercatori, clinici e della società.

Le evidenze cliniche e di ricerca⁵ hanno portato ad un ulteriore cambiamento all'interno del capitolo che riguarda la fusione della diagnosi di "Abuso" e di "Dipendenza" in un'unica diagnosi di "disturbo da uso di sostanze", con l'importante aggiunta del criterio relativo al craving (o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza).

Inoltre, di grande importanza risulta l'abbassamento

PAROLE CHIAVE

DSM - Abuso - Dipendenza

KEY WORDS

DSM - Abuse - Dependence

CORRISPONDENZA

Gabriele Masi, IRCCS Stella Maris, via dei Giacinti 2, 56018 Colambrone (PI) - E-mail: gabriele.masi@inpe.unipi.it