

DSM-5 riassunto completo

Psicologia Clinica
Università degli Studi Niccolò Cusano (UNICUSANO)
345 pag.

Prova gratis!



docsity AI

Genera mappe concettuali,
riassunti e altro con l'AI

 [Clicca qui](#)

RIASSUNTO COMPLETO DEL

DSM – 5

SEZIONE I

Introduzione

La realizzazione del DSM-5 è stata compiuta nell'arco di 12 anni, con l'obiettivo di rendere l'uso del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali più utile sotto il profilo clinico. Negli ultimi 20 anni dalla pubblicazione del DSM-IV c'è stato un forte progresso in molti campi che ha contribuito alla creazione e alla necessità di una revisione dello stesso. E' importante comunque trovare il giusto equilibrio nella ricerca clinica, ad esempio poter riconoscere che un sistema categoriale troppo rigido non coglie l'esperienza clinica. I confini fra categorie di disturbi sono molto più scivolosi di quanto il DSM fino ad oggi abbia contemplato, così come i sintomi di un disturbo possono trovarsi, a vari livelli, come sintomi di disturbi diversi. Quindi il DSM dovrebbe cercare di attuare un approccio dimensionale ai disturbi mentali, il quale potrebbe aumentare la validità della diagnosi dando più valore alle manifestazioni dell'individuo. Il DSM-5 si adatta alle esigenze dei clinici, delle famiglie, dei pazienti e dei ricercatori fornendo una descrizione accurata e precisa dei disturbi mentali attraverso criteri diagnostici integrati e, dove necessario, con scale di valutazione trasversali e corredate da una serie di informazioni sui fattori di rischio, sulle manifestazioni associate ai disturbi etc. L'utilizzo del DSM-5 prevede una formazione clinica ed una forte esperienza, in quanto comprende una serie di criteri diagnostici che sarà il clinico esperto a dover classificare come vero e proprio disturbo o piuttosto come transitorio cambiamento di vita o risposta ad uno stress momentaneo. Il clinico dovrebbe utilizzare il DSM-5 come guida nel suo percorso di diagnosi. Alla formulazione del DSM-5 hanno partecipato diverse figure professionali come medici, psicologi, infermieri e anche famiglie dei pazienti, avvocati, pazienti con i loro feedback che hanno permesso un accurata revisione e un attento monitoraggio delle spiegazioni date in questo manuale.

2

Breve Storia

L'APA (American Psychological Association), nel 1844, ha pubblicato una classificazione statistica dei malati mentali istituzionalizzati, che oggi viene considerata un predecessore del DSM. Successivamente si è passati a quattro edizioni (revisioni) del DSM che classificavano i disturbi mentali secondo le principali caratteristiche. Anche il DSM-5 vuole fornire delle linee guida per orientare il clinico verso una corretta diagnosi e, conseguentemente, verso un trattamento specifico.

Il processo di revisione del DSM-5

L'APA, nel 1999, ha avviato una valutazione dei punti di forza e debolezza del DSM. Attraverso una serie (n.13) di conferenze internazionali che hanno reso partecipi 400 persone di 39 paesi si è arrivati ad esaminare la letteratura esistente sulle aree diagnostiche che miravano alla revisione sia del DSM che dell'ICD. Le relazioni finali di queste conferenze hanno costituito la base per la revisione e la stesura del nuovo DSM. Presidente della Task Force del DSM-5 è stato David J. Kupfer e vicepresidente della stessa Darrel A. Reger, entrambi nominati dall'APA nel 2006. Essi avevano il compito di identificare i 13 presidenti dei gruppi di lavoro che avrebbero contribuito e supervisionato la realizzazione del DSM-5. L'APA inoltre ha previsto un ulteriore forma di controllo per evitare conflitti di interesse fra i membri di questa Task Force. Un processo lungo 6 anni ha portato alla pubblicazione di una serie di ricerche su riviste di natura scientifica, alla revisione della letteratura, alla presentazione di proposte sulla pagina web del DSM per ottenere pareri e commenti, alla revisione dei criteri diagnostici e del testo stesso.

Le proposte per la revisione

Per effettuare e valutare le proposte per la revisione del DSM-5 sono stati fissati 4 criteri:

- Essendo il DSM-5 un manuale concepito per i clinici, questo dev'essere pertinente alla pratica clinica usuale;
- Le sue informazioni devono essere validate scientificamente;
- Dovrebbe essere mantenuta una continuità con l'edizione precedente;
- Non devono esserci limitazioni ai cambiamenti fra DSM-IV e DSM-5.

Tutte le proposte di revisione sono afferite nella Sezione II e nella Sezione III, invece, afferiscono tutte quelle "Condizioni che necessitano di ulteriori studi".

3

Le ricerche sul campo del DSM-5

Un importante cambiamento dal DSM III, che aveva introdotto le ricerche sul campo, al DSM-5 è rappresentato dalle strategie di progettazione e realizzazione delle stesse. Sono stati effettuati, per il DSM-5, due studi in due ambiti diversi:

- contesti medici universitari, che hanno il grande vantaggio di disporre di un enorme campione di pazienti , utile per poter valutare l'attendibilità e utilità clinica delle diagnosi;
- pratica clinica, che ha il vantaggio di disporre dell'impatto e dell'opinione dei clinici relativamente alle revisioni proposte.

La revisione pubblica e la revisione professionale

Per permettere la partecipazione attiva dei clinici (principali fruitori del futuro DSM-5) l'APA, nel 2010, ha aperto e attivato un sito web dove venivano pubblicati criteri diagnostici e proposte di revisione. Queste pubblicazioni (3 per l'esattezza: la prima nel 2010, le altre due nel 2011 e 2012) e i relativi commenti degli utenti sono state analizzate dai gruppi di lavoro e hanno permesso alla task Force di avere dei feedback reali provenienti dai principali fruitori/utilizzatori del manuale: i clinici, così da tener presente ogni esigenza degli stessi.

La revisione degli esperti

Per realizzare il DSM-5 sono stati impiegati diverse commissioni e organi di controllo, ognuno avente un suo specifico compito. I membri dei 13 gruppi di lavoro hanno collaborato con i revisori sotto la supervisione della Task Force, supportati da un team dell'APA "Division of Research". Inoltre è stata attivata una commissione esterna chiamata "Scientific Review Committee" (SRC). Ogni singola revisione doveva essere corredata da un promemoria scritto dai gruppi di lavoro sui dati di supporto, che venivano supervisionati dalla SRC. L'APA ha inoltre attivato il "Clinical and Public Health Committee" (CPHC) con il compito di fare un ulteriore verifica sull'utilità per i clinici e per la sanità pubblica e sulla logicità dei criteri adottati. I membri dell'APA "Council of Psychiatry and Law", invece, hanno revisionato l'area dei disturbi che maggiormente compaiono in contesti forensi. E, in ultima analisi, L'APA "Board of Trustees" e l'APA "Assembly Committee on DSM-5" hanno considerato, valutato ed esaminato l'utilità clinica e l'applicabilità di tutte le revisioni proposte. Successivamente a queste revisioni si è passati ad un'ultima, da parte dell'APA "Board of Trustees", e nel novembre 2012 è giunta l'approvazione per la pubblicazione del DSM-5, avvenuta nel dicembre dello stesso anno.

La struttura organizzativa

Come detto in precedenza, nel produrre revisioni lo scopo principale era di favorire l'utilizzo da parte dei clinici e di facilitare, al contempo, l'indagine scientifica grazie all'uso di alcuni codici alfanumerici che

ordinano i capitoli. Per questo motivo, la struttura è pensata per favorire relazioni trasversali che non si limitino a categorie specifiche. Nella Sezione II sono inseriti i disturbi e i criteri che sono stati approvati; ovvio comunque che, essendo basati su ricerche odiere, verranno modificati sulla base di nuove scoperte e ricerche future; nella Sezione III sono presenti le “Condizioni per ulteriori studi”, inserite per dimostrare ancora una volta il progresso e l’evoluzione scientifica in psichiatria.

L’armonizzazione dell’ICD-11

Le motivazioni che spingono all’armonizzazione dell’ICD e del DSM sono diverse; innanzitutto l’esistenza di due principali classificazioni ostacola la raccolta, la progettazione di ricerche e la ripetitività dei risultati nei diversi Paesi. Per cui, si è cercato di rendere più simili le due classificazioni. Le problematiche maggiori sono emerse solo per quei disturbi che avevano dati incompleti o in conflitto fra loro. In tal caso è intervenuta la Task Force del DSM-5. L’ICD-10CM (versione adattata dell’ICD-10) è in uscita nell’ottobre del 2014. Comunque i codici sequenziali dell’ICD-11 (che non è ancora in uscita) seguiranno l’ordine sequenziale del DSM-5.

L’approccio dimensionale alla diagnosi

L’approccio categoriale dei precedenti DSM non aveva potuto cogliere l’importanza dei fattori di rischio e di alcuni sintomi che si presentano in situazione di comorbilità. Le categorie, inoltre, erano molto ristrette, per cui si faceva largo uso dei NAS (“Non altrimenti specificati”) per indicare tutte quelle situazioni che non rientravano in determinate categorie. Relativamente al raggruppamento dei disturbi nel DSM-5, sono stati esaminati 11 indicatori (fra i quali fattori di rischio genetici, ambientali, storia familiare, struttura biologica) che hanno funzionato da linee guida per disporre i raggruppamenti. In tal senso il DSM-5 rappresenta un “documento vivente”. La sua struttura dimensionale facilita le indagini fra capitoli affini e all’interno degli stessi.

Considerazioni sullo sviluppo e sull’arco di vita

Il DSM-5 è organizzato tenendo presente lo sviluppo dell’intero arco di vita. Inizia infatti con i disturbi relativi ai processi evolutivi delle prime fasi di vita (come quelli del neurosviluppo, psicotici), prosegue con i disturbi dell’adolescenza e nella giovane età adulta (come disturbo bipolare, d’ansia) e termina con i disturbi dell’età adulta e avanzata (disturbi neurocognitivi). Questa tipologia di organizzazione è stata mantenuta anche all’interno dei capitoli.

Problemi culturali

Dal momento che la cultura influisce e fornisce modelli di interpretazione dell’esperienza è stato fondamentale, ai fini del DSM-5, considerare la cultura stessa come un elemento importante. La cultura infatti, fra le altre cose, può influenzare l’accettazione o meno di una malattia, può influire sulla considerazione o meno di un determinato comportamento come patologico ecc. Il DSM-5 prevede 3 costrutti relativi alla cultura:

1. Sindrome culturale: gruppo di sintomi che si trovano in un determinato gruppo culturale. La sindrome può anche non essere riconosciuta come patologica, ma ad un osservatore esterno è evidente la sofferenza culturale o caratteristiche di malattia.
2. Concetto di sofferenza culturale; è un termine linguistico con cui alcuni soggetti di un gruppo culturale si riferiscono alla patologia.
3. Spiegazione culturale o causa percepita.

Differenze di genere

Le revisioni del DSM-5 hanno riguardato anche le differenze di genere relativamente allo sviluppo di alcuni disturbi mentali. C'è da sottolineare una differenza: le differenze di sesso sono relative agli organi riproduttivi maschili o femminili (cromosomi XX o XY), mentre le differenze di genere sono relative anche alla rappresentazione di sé come maschio o femmina; includendo quindi, oltre l'aspetto biologico, anche la componente psicologica, comportamentale ed emotiva maschile o femminile. Il manuale prevede informazioni relative al genere su vari livelli: sintomi esclusivamente legati al sesso sono inclusi nei criteri diagnostici, poi si hanno informazioni aggiuntive relative al genere e alla diagnosi, e infine troviamo gli "aspetti diagnostici correlati al genere" che contengono altre problematiche relative al genere e alla diagnosi del disturbo di genere.

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

I disturbi "Non altrimenti specificati" (NAS) che prevedeva il DSM precedente sono stati sostituiti da 2 varianti:

Disturbo con altra specificazione, quando il clinico specifica la ragione/motivazione per cui i criteri di un disturbo non rientrano in una data classe diagnostica. In tal senso, il clinico scriverà la registrazione della categoria e la registrazione della specifica;

Disturbo senza specificazione, quando il clinico non è in grado di specificare o descrivere maggiormente il disturbo.

E' importante sottolineare che la scelta spetta interamente al clinico, per lasciare la massima flessibilità della diagnosi stessa.

Il sistema multiassiale

A differenza del DSM-IV, **il DSM-5 non prevede la suddivisione in assi**. L'asse I, II e III del precedente DSM sono state sostituite da un sistema non assiale al quale si aggiungono delle annotazioni sia su fattori psicosociali importanti, sia sulla disabilità. Il precedente "Global Assessment of Functioning" (GAF) (estremi di un continuum che va dalla salute alla malattia) presente nel DSM-IV è stato escluso dalla versione DSM-5, mentre è stata inclusa la WHO "Disability Assessment Schedule" nella Sezione III del DSM-5, nel capitolo "scale di valutazione".

Materiali integrativi online

Per permettere ai clinici una maggiore fruibilità e utilizzo del manuale è stato previsto di includere nella versione cartacea solo le scale di valutazione e le misure appartenenti agli strumenti più utilizzati. Gli altri si possono reperire sul sito www.raffaellocontina.it/dsm-5

Uso del manuale

La parte relativa all'uso del manuale è stata costituita per fornire una guida all'utilizzo del DSM-5.

Approccio alla formulazione del caso clinico

Una corretta formulazione del caso clinico deve prevedere, oltre all'individuazione sintomi presenti, anche la storia clinica, fattori psicosociali e familiari dell'individuo. Questo perché i sintomi sono soltanto un elenco limitato di risposte emotive e sociali che l'individuo può avere in risposta ad un evento stressante. Spetta quindi al clinico stabilire quando e se quella determinata situazione ha portato ad una situazione di patologia. Lo scopo principale del clinico, infatti, non è la formulazione di una diagnosi, quanto piuttosto la formulazione di un trattamento globale che tenga conto del contesto socioculturale dell'individuo.

Definizione di disturbo mentale

Cit: “*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 biologici, psicologici, evolutivi che sottendono il funzionamento mentale*”. La diagnosi di disturbo mentale dovrebbe avere un’unità clinica, cioè aiutare il clinico a stabilire un’ipotetica prognosi ed eventuale trattamento. Questo comunque non vuol dire che la diagnosi equivalga alla necessità di un trattamento. Molti individui infatti, nonostante non soddisfino tutti i criteri per un disturbo, hanno comunque bisogno di cura e trattamento. La decisione spetta al clinico, che valuterà sulla base dei sintomi e di una serie di altri fattori la possibilità o meno di effettuare un trattamento.

Criteri per la significatività clinica

Nel DSM-5 si è cercato di distinguere il concetto di *disabilità* da quello di *disturbo mentale*. Questo però non è sempre possibile, soprattutto in quei casi in cui la manifestazione sintomatologica mostrata dall’individuo non è così patologica (forme lievi) e una diagnosi di disturbo mentale risulterebbe inappropriata. In tal caso si userà la formulazione “*il disturbo causa disagio clinicamente significativo o/e compromissione del funzionamento lavorativo, sociale o in altre aree importanti*”.

Elementi di una diagnosi

Criteri diagnostici e descrittori

Il clinico dovrebbe considerare, per una corretta diagnosi, prima tutti i criteri diagnostici. Se essi sono soddisfatti, allora si dovrebbero prendere in esame gli specificatori relativi alla gravità e al decorso dei sintomi. Quando invece essi non sono soddisfatti, dovrebbe considerare la descrizione “con altra specificazione” o “senza specificazione”. La propensione del DSM-5 è quella di consentire e favorire diagnosi multiple a tutti quei disturbi che soddisfano i criteri per più di un disturbo.

Sottotipi e Specificatori

I Sottotipi e gli Specificatori sono introdotti nel DSM-5 per aumentare la specificità. I sottotipi “specificano quale”, mentre gli specificatori “specificano se”, entrambi nel set dei criteri diagnostici. Inoltre, gli specificatori inerenti il decorso sono annotati dopo la diagnosi.

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

Nel DSM-5 troviamo un capitolo a parte per i disturbi del movimento derivanti dall’uso di farmaci e altre reazioni sfavorevoli dovute ai farmaci, come ad es. la distonia. Un altro capitolo è dedicato ad altre condizioni oggetto di attenzione clinica come disturbi relazionali, maltrattamento, abbandono, obesità e simulazione di malattia.

Diagnosi principale

La diagnosi principale è la condizione che risulta essere responsabile del ricovero o della richiesta di trattamento. Essa, in caso di diagnosi multiple, viene specificata per prima. Non sempre è facile determinare quale sia la diagnosi principale rispetto alle altre.

Diagnosi provvisoria

La diagnosi provvisoria si ha quando si pensa o si ipotizza che verranno soddisfatti tutti i criteri per un determinato disturbo, ma al momento non si dispone di tutte le informazioni per effettuare una diagnosi corretta.

Procedure di codifica e registrazione

Ogni disturbo è caratterizzato da un determinato codice, preso dal sistema di codifica degli USA, che ad oggi equivale ai sistemi di codifica dell’ICD-9 – CM. L’adozione del sistema di codifica ufficiale del ICD-10 è prevista per ottobre 2014 per cui, fino ad allora, non si dovrebbero utilizzare questi codici, in quanto non sono ufficiali.

Guardando al futuro: strumenti di valutazione e monitoraggio

Le varie parti del DSM-5 hanno lo scopo di facilitare la valutazione del paziente. I criteri diagnostici della Sezione II sono strumenti di valutazione consolidati, mentre le scale di valutazione e l'intervista culturale presente nella Sezione III sono ancora soggette a revisione scientifica. Sicuramente un forte impulso e aiuto daranno, in tal senso, le nuove tecnologie.

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

Il DSM-5 è spesso utilizzato, oltre che dai clinici e medici, anche da professionisti (es. Avvocati) che lavorano in ambito legale. Se utilizzato in modo corretto, infatti, il DSM-5 e le informazioni in esso contenute possono orientare alcune importanti decisioni. Ma è importante notare che esistono dei rischi, come ad esempio l'uso improprio o inadeguato delle diagnosi. Per tali motivi, **l'uso del DSM-5 è sconsigliato a persone non sufficientemente preparate per valutare la presenza o meno di un disturbo mentale.**

SEZIONE II

- Disturbi del neurosviluppo
- 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 correlati a eventi traumatici e stressanti
- Disturbi dissociativi
- Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati
- Disturbi della nutrizione e alimentazione
- Disturbo dell'evacuazione
- Disturbi del sonno-veglia
- Disfunzioni sessuali
- Disforia di genere
- Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta
- Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction
- Disturbi neurocognitivi
- Disturbi di personalità
- Disturbi parafilici
- Altri disturbi mentali
- Disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci
- Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica

Disturbi del neurosviluppo

I disturbi del neurosviluppo insorgono nelle prime fasi dello sviluppo, prima dell'ingresso nella scuola elementare, e sono caratterizzati da un deficit che si riflette su aree come il funzionamento sociale, personale, scolastico o lavorativo. Questi disturbi spesso si presentano insieme ad altri (es: una diagnosi di autismo di solito si manifesta anche con diagnosi di disabilità intellettiva) e sono caratterizzati da sintomi in eccesso, ma anche ritardi o mancanze delle fasi dello sviluppo. Per completare la diagnosi nel DSM-5 vengono posti degli specificatori che riguardano l'esordio, la gravità, ma anche qualche fattore che il clinico ritiene possa essere responsabile (o che abbia partecipato) dell'eziologia o/e manifestazione del disturbo stesso.

9

Disabilità intellettive

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

Criteri diagnostici

La disabilità intellettiva (DI) 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 3 criteri:

- A. Deficit delle funzioni intellettive come ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e apprendimento dell'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 di utenti non esperti e dei gruppi di difesa dei diritti dei malati.

Specificare la gravità attuale:

- Lieve;
- Moderata;
- Grave;
- Estrema.

LIEVE

- a) Ambito concettuale: nei bambini in età prescolare possono esserci anomalie intellettuali forti e nei bambini in età scolare anche disturbi di apprendimento. Negli adulti, invece, risultano deficitari il pensiero astratto, la funzione esecutiva e si osserva un problem solving più legato al concreto, rispetto ai coetanei;
- b) Ambito sociale: possono presentarsi difficoltà a percepire stimoli sociali, il linguaggio è più concreto e il controllo delle emozioni può essere deficitario. In generale, si tratta di individui più immaturi rispetto ai coetanei;
- c) Ambito pratico: Rispetto all'autonomia personale può avere lo stesso funzionamento dei coetanei, mentre può aver bisogno di sostegno nelle attività più complesse della vita quotidiana. Da adulto, in genere, ha bisogno di un supporto per apprendere e svolgere un'attività professionale e necessita di aiuto per formarsi una famiglia.

MODERATO

- a) Ambito concettuale: in generale, nelle abilità concettuali risulta essere molto inferiore rispetto ai coetanei. Tutte le abilità possono svilupparsi, ma con estrema lentezza; a scuola, le possibilità di apprendere sono molto limitate e si arriva, in età adulta, ad un livello di apprendimento elementare.
- b) Ambito sociale: in quest'ambito le differenze con i coetanei risultano molto evidenti. La comunicazione è meno complessa e la relazione è possibile con membri della famiglia e amici stretti, ma vi sono difficoltà a percepire in maniera adeguata gli stimoli sociali. In quest'ambito avrà bisogno di un sostegno per ottenere successo nella vita lavorativa.
- c) Ambito pratico: in quest'ambito avrà bisogno di un lungo periodo di insegnamento e sostegno per svolgere attività complesse.

GRAVE

- a) Ambito concettuale: molto limitato.
- b) Ambito sociale: anche le abilità sociali sono molto limitate; la comprensione è limitata a frasi semplici, così come l'eloquio.
- c) Ambito pratico: l'individuo richiede un importante sostegno in tutte le attività pratiche, comprese quelle di autonomia personale, come lavarsi o vestirsi.

ESTREMO

- a) Ambito concettuale: molto limitato e difficoltà sensoriali e/o motorie possono compromettere l'uso funzionale di oggetti;
- b) Ambito sociale: l'individuo può comprendere solo istruzioni e frasi molto semplici e si esprime principalmente con la comunicazione non verbale;
- c) Ambito pratico: è dipendente dagli altri per qualsiasi aspetto della vita.

I Criteri per diagnosticare la disabilità intellettuiva sono 3:

- Criterio A: Deficit delle capacità mentali generali. Queste abilità comprendono la memoria di lavoro, il problem solving, il pensiero, la comprensione verbale e sono generalmente misurate attraverso test standardizzati. I punteggi con 2 deviazioni standard al di sotto della popolazione media, compreso un margine di errore, sono indicativi di DI. E' importante comunque considerare quei fattori che possono influenzare il punteggio del test, come ad esempio "L'effetto Flynn" (cioè punteggi troppo

- alti dovuti a dati non aggiornati). In generale comunque è indispensabile che a valutare i punteggi sia un clinico esperto.
- Criterio B: Funzionamento adattivo quotidiano compromesso rispetto a quello di individui della stessa età, sesso e livello socioculturale. Il funzionamento adattivo comprende, a sua volta, 3 aree: ambito concettuale (didattico) che riguarda la memoria, il problem solving, il linguaggio, lettura, scrittura; ambito sociale, che si riferisce alla consapevolezza dei propri sentimenti e quelli altrui; ambito pratico, che si riferisce ai vari aspetti dell'autonomia e della cura di sé.
 - Criterio C: esordio nel periodo di sviluppo, quindi durante l'infanzia o adolescenza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La DI è una sindrome eterogenea che può avere cause diverse. Inoltre, ad essa possono essere associati altri disturbi che ne aggravano la manifestazione. Ad esempio, credulità e mancanza di consapevolezza del pericolo può portare individui con DI ad essere sfruttati o/e derisi dagli altri. Talvolta, proprio grazie a queste caratteristiche, possono incorrere in atti criminali non intenzionali. Inoltre, individui con diagnosi di DI e altri disturbi mentali sono più a rischio suicidio, quindi è importantissimo considerare questi aspetti nel processo di valutazione. La DI ha una prevalenza dell'1% su tutta la popolazione generale. Si è detto più volte che l'esordio è nel periodo di sviluppo, ma mentre una DI grave può essere valutata ed emergere già all'età di 2 anni, una DI lieve sarà valutabile solo in età scolare. L'esordio può essere improvviso, in seguito ad alcune malattie genetiche (accompagnate da alcune caratteristiche fisiche) oppure in seguito a malattie quali meningite o encefalite o, ancora, può manifestarsi successivamente. L'individuo, cioè, può perdere le abilità precedentemente acquisite, come nel caso di un trauma cranico. Dopo la prima infanzia il disturbo dura per tutta la vita, sebbene gravità e caratteristiche possono variare, grazie al supporto di terapie specifiche. Le possibili cause della DI si dividono in:

1. Fattori genetici e fisiologici: sindromi genetiche, problemi del metabolismo, malattie e condizioni materne particolari;
2. Cause perinatali: eventi legati al parto e al travaglio;
3. Cause postnatali: come ad esempio lesioni cerebrali traumatiche, infezioni, disturbi convulsivi.

La DI colpisce tutti gli individui di tutte le razze e culture, con una prevalenza maschile maggiore. La DI dovrebbe essere diagnosticata quando vengono soddisfatti i 3 criteri sopra esposti.

La diagnosi differenziale della DI può essere eseguita con:

- Disturbo neurocognitivo maggiore e lieve: perché questi ultimi sono caratterizzati da una perdita delle funzioni cognitive. Comunque, il disturbo neurocognitivo può verificarsi anche con la DI e, in tal caso, verranno poste entrambe le diagnosi.
- Disturbo della comunicazione e disturbo specifico di apprendimento: anche in tal caso, se presenti entrambi, può essere posta la doppia diagnosi.
- Disturbo dello spettro autistico.

Comorbilità: I maggiori disturbi concomitanti con una diagnosi di DI sono: il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo depressivo e bipolare, disturbo del controllo degli impulsi, disturbo da movimenti stereotipati, disturbi d'ansia, disturbi dello spettro autistico e disturbo neucognitivo maggiore. Inoltre gli individui con DI grave possono manifestare aggressività e comportamenti dirompenti. Nell'ICD-11 (ancora in corso di pubblicazione) la DI viene chiamata "disturbo dello sviluppo intellettuvo" ed è suddiviso in lieve, moderato, grave ed estremo. Anche la *American Association on Intellectual and*

Developmental Disabilities (AAIDD) utilizza il termine “disabilità intellettuale” con significato simile a quello utilizzato nel DSM-5.

Ritardo globale dello sviluppo

Questa diagnosi si effettua per bambini con età inferiore a 5 anni per i quali non è possibile valutare la gravità clinica del disturbo, perché troppo piccoli. Ovviamente, la diagnosi dev'essere rivalutata successivamente.

12

Disabilità intellettuale (disturbo dello sviluppo intellettivo) senza specificazione

Questa categoria diagnostica viene usata quando, in bambini con età superiore a 5 anni, non è possibile (o è difficile) valutare la gravità, per motivazioni sensoriali o fisiche associate al disturbo. Questa diagnosi dev'essere usata in rari casi e richiede una valutazione dopo un certo periodo di tempo.

Disturbi della comunicazione

I Disturbi della comunicazione comprendono:

- Deficit dell'eloquio (eloquio: produzione espressiva di suoni).
- Deficit del linguaggio (linguaggio: forma, funzione e uso di un sistema convenzionale di simboli governato da regole della comunicazione).
- Deficit della comunicazione (comunicazione: qualunque comportamento verbale o non verbale che influenza il comportamento di un altro soggetto).

13

Ovviamente, per valutare questi deficit bisogna tener conto del contesto culturale di appartenenza. I Disturbi della comunicazione compresi nel DSM-5 sono:

- Disturbo del linguaggio
- Disturbo fonetico - fonologico
- Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie)
- Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)
- Disturbo della comunicazione senza specificazione.

Disturbo del linguaggio

Criteri diagnostici

- A. Difficoltà persistenti nell'acquisizione e nell'uso di diverse modalità di linguaggio (cioè linguaggio scritto, parlato, gestuale o di altro tipo) dovute a deficit della comprensione o 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 farsi 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 intellettuale o da ritardo globale dello sviluppo.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Le difficoltà principali del disturbo del linguaggio sono quelle relative all'abilità espressiva (produzione di segnali vocali, gestuali o verbali) e all'abilità ricettiva (processo di comprensione e ricezione dei messaggi linguistici). Ovviamente è necessario valutarle entrambe ed è probabile che siano deficitarie, nello stesso individuo, in gradi diversi. Molto spesso i deficit della comprensione sono poco frequenti perché i bambini possono aiutarsi (per la codifica del messaggio) con il contesto sociale nel quale la frase viene pronunciata. Il

disturbo del linguaggio si presenta molto spesso su base ereditaria. Spesso i bambini con DL preferiscono parlare solo con membri della famiglia o comunque molto vicine. Il disturbo compare precocemente nello sviluppo, ma si hanno differenze individuali importanti che sono predittive rispetto al decorso. E' solo dall'età di 4 anni che le differenze individuali diventano più stabili.

I più comuni fattori di rischio/prognosi sono i fattori genetici e fisiologici, essendo disturbi di natura ereditaria.

14

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Normali variazioni di linguaggio, legate al normale sviluppo, difficili da valutare prima dei 4 anni.
- Compromissione uditiva o sensoriale che potrebbe limitare la capacità linguistica: Se è presente un deficit dell'udito o compromissione sensoriale non si dovrebbe porre diagnosi di DL a meno che esso non sia superiore ai deficit sensoriali.
- Disabilità intellettuale: La diagnosi di DL, in presenza di disabilità intellettuale, può essere posta solo se esso è in eccesso rispetto alla disabilità intellettuale sottostante.
- Disturbi neurologici.
- Regressione del linguaggio che, se avviene prima dei 3 anni, può indicare un disturbo dello spettro autistico, mentre se avviene dopo i 3 anni potrebbe indicare convulsioni e/o epilessia.

Comorbilità: I DL sono generalmente associati a vari altri disturbi, come disturbo specifico di apprendimento, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo dello spettro autistico, disturbo dello sviluppo della coordinazione e disturbo della comunicazione sociale.

Disturbo fonetico-fonologico

Criteri diagnostici

- A. Persistente difficoltà nella produzione dei suoni dell'eloquio, che interferisce con l'intelligibilità dell'eloquio o impedisce la comunicazione verbale dei messaggi;
- B. L'alterazione causa limitazioni dell'efficacia della comunicazione, che interferiscono con la partecipazione sociale, con 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 cerebrali, palatoschisi, sordità o ipoacusia, danno cerebrale da trauma o ad altre condizioni mediche o neurologiche.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La produzione dei suoni è un processo complesso che richiede sia la conoscenza fonologica dei suoni sia la coordinazione dei movimenti articolatori con la respirazione e con la vocalizzazione. Il disturbo F-F è diagnostico quando la produzione di suoni è inferiore a quella che ci si potrebbe aspettare per livello di sviluppo ed età e quando i deficit non risultano da una compromissione di altra natura. In genere, nei bambini di 4 anni con sviluppo normale, l'eloquio dovrebbe essere comprensibile, mentre nei bambini di età pari a 2 anni la comprensione scende a circa il 50%. Parallelamente al disturbo F-F si può verificare un disturbo del linguaggio, di solito con deficit di natura espressiva. Inoltre può presentarsi una forma di ritardo nelle acquisizioni di abilità come la masticazione o il soffiarsi il naso. L'eloquio può essere compromesso anche in alcune sindromi genetiche. In genere, i bambini intorno ai 3 anni hanno un eloquio comprensibile, mentre i bambini con disturbo F-F continuano a utilizzare meccanismi immaturi di semplificazione di parole .

più a lungo, rispetto ai bambini con sviluppo regolare. Nei bambini con sviluppo regolare la maggior parte delle parole dovrebbe essere pronunciata in maniera chiara e precisa entro i 7 anni (tenendo conto delle differenze individuali); i suoni acquisiti per ultimi in genere sono la c, z, l, s, gn e gl che possono essere acquisiti anche leggermente più tardi, ma comunque entro gli 8 anni. Di solito i bambini con disturbo F-F reagiscono bene al trattamento, per cui le condizioni migliorano e il disturbo potrebbe regredire fino a scomparire. La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Normali variazioni dell'eloquio: prima di porre una diagnosi di disturbo F-F bisogna considerare le normali variazioni a livello culturale, regionale e sociale.
- Compromissione sensoriale che potrebbe causare deficit linguistico: Viene posta diagnosi di disturbo F-F se esso risulta presente in eccesso rispetto alle compromissioni sensoriali presenti.
- Deficit strutturali.
- Disartria.
- Mutismo selettivo: La differenza fra questi due disturbi è che i bambini con mutismo selettivo, in genere, presentano un linguaggio corretto e adeguato in ambienti "sicuri".

Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie)

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. Interruzioni di parole (es. pause all'interno di una parola);
 4. Blocchi udibili e 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 (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 "Disturbo della fluenza con esordio nell'età adulta");
- D. L'alterazione non è attribuibile a deficit motori dell'eloquio o a deficit sensoriali, a disfluenza associata a danno neurologico (es. ictus cerebrale, tumore, trauma) o ad altra condizione medica e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La manifestazione principale è l'alterazione della normale fluenza e della cadenza dell'eloquio rispetto all'età dell'individuo. Sono presenti ripetizioni di sillabe, parole o pause del discorso e parole pronunciate con molta tensione fisica. Associato a questo deficit c'è una componente ansiogena che spesso causa e peggiora il disturbo. Infatti, di solito, la disfluenza è maggiore quando ci si sente sotto pressione (per colloqui importanti o parlare in pubblico) e generalmente è assente nel canto, nella lettura orale o nei colloqui con animali domestici. Il disturbo della fluenza ha un esordio tra i 2 e i 7 anni. Di solito emerge in maniera graduale e man mano che il disturbo peggiora. L'individuo può (essendone consapevole) mettere in

atto una serie di meccanismi protettivi, come evitare di parlare in pubblico. In genere comunque il 65% - 85% si ristabilisce dal disturbo.

I principali fattori di rischio e prognosi sono genetici e fisiologici, essendo la disfluenza un deficit di natura ereditaria. La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Deficit sensoriali: Questa diagnosi può essere posta quando, in presenza di deficit sensoriali, le disfluenze dell'eloquio sono eccessive rispetto ai deficit sottostanti.
- Normali disfluenze dovute all'età.
- Effetti collaterali dei farmaci: considerati verificando la presenza di una relazione temporale con l'assunzione di un determinato farmaco.
- Disfluenze con esordio nell'età adulta (se l'esordio avviene in adolescenza non è un disturbo del neurosviluppo);
- Disturbo di Tourette: i tic nella sindrome di Tourette sono diversi dalle disfluenze per natura e tempistica per cui vanno distinti da essi.

Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)

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 ad un parco giochi, parlare con un bambino o con un adulto ed evitare l'uso del linguaggio troppo formale.
 3. Difficoltà nel seguire le regole della conversazione e della narrazione, come rispettare i turni, riformulare una frase quando mal interpretata e saper utilizzare i segnali verbali e non verbali per regolare l'interazione.
 4. Difficoltà nel capire ciò che non viene dichiarato esplicitamente (es. fare inferenze) e significati non lessicali e ambigui del linguaggio (es. idiom, frasi umoristiche, metafore).
- 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 della 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 dal disturbo dello spettro autistico, disabilità intellettuale, ritardo globale dello sviluppo o da un altro disturbo mentale.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Questo disturbo è caratterizzato da una difficoltà nell'uso delle regole sociali della comunicazione sia verbale che non verbale e dalla difficoltà a modificare il proprio linguaggio in base a chi si ha davanti. Queste compromissioni si riflettono in ambito scolastico e/o lavorativo. In genere, questo disturbo si

manifesta insieme a una storia di ritardo nelle acquisizioni di alcune tappe dello sviluppo linguistico; possono essere compresenti il disturbi specifico di apprendimento e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Questo disturbo è molto raro nei bambini con età inferiore ai 4 anni, perché ovviamente le regole sociali del linguaggio si acquisiscono solo successivamente. In genere, il disturbo può non essere evidente fino all'inizio all'adolescenza. Il suo decorso, così come l'esito, è variabile. I fattori di rischio più comuni sono rappresentati dai fattori genetici e familiari.

Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo fattori genetici e fisiologici: una storia di disturbo autistico, disturbo specifico di apprendimento o disturbo della comunicazione può aumentare il rischio di sviluppare, in individui della stessa famiglia, questo disturbo.

17

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbo autistico: i due disturbi differiscono, in quanto nell'autismo sono presenti interessi ristretti e comportamenti stereotipati che non sono presenti nel disturbo della comunicazione sociale.
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività.
- Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale): I due disturbi sono molti simili. Ciò che li differenzia è il tipo di insorgenza dei sintomi: infatti, nel disturbo d'ansia sociale l'individuo ha sviluppato capacità comunicative adeguate ma non vengono utilizzate a causa d'ansia, timore, paura, mentre nel disturbo di comunicazione sociale queste abilità non vengono mai acquisite;
- Disturbo della disabilità intellettuale e ritardo globale dello sviluppo: viene posta diagnosi di comunicazione sociale in presenza di questi altri disturbi solo se i deficit di comunicazione sociale sono eccessivi rispetto ai precedenti disturbi.

Disturbo della comunicazione senza specificazione

Questa categoria è utilizzata per tutti quei disturbi in cui i sintomi per fare diagnosi di disturbo della comunicazione predominano ma non soddisfano appieno i criteri diagnostici. Il clinico sceglie di non specificare i motivi per cui i criteri non sono soddisfatti. Comprende le manifestazioni in cui vi sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbo dello spettro dell'autismo

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):
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 e 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, ad 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 comprensione e gestione delle relazioni che vanno, per esempio, dalla 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: si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamenti ristretti, ripetitivi:

- B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori presenti attualmente o nel passato (esempi esplicativi, non esaustivi):
 - 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 (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, anomali per intensità o profondità (es. forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti e perseverativi);
 - 4. Iper o ipo reattività, in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (es. apparente indifferenza a dolore/temperatura, reazione di avversione nei confronti di suoni o consistenze tattili specifiche, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o movimenti)

Specificare la gravità attuale: il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi.

- 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 mascherate 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 intellettuale o da ritardo globale dello sviluppo. La disabilità intellettuale e il disturbo dello spettro dell'autismo spesso sono presenti in concomitanza; per porre diagnosi di comorbilità di disturbo dello spettro dell'autismo e disabilità intellettuale, il livello di comunicazione sociale dev'essere inferiore a quanto atteso dal livello di sviluppo generale. Nota: Gli individui con una diagnosi consolidata nel 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 rispecchiano i criteri per il disturbo dello spettro dell'autismo, dovrebbero essere valutati per il disturbo della comunicazione sociale (pragmatica). Specificare se:
 - Con o senza compromissione intellettuale associata
 - Con o senza compromissione del linguaggio associata
 - Associato ad una condizione medica o genetica nota o ad un fattore ambientale
 - Associato ad un altro disturbo del neurosviluppo mentale o comportamentale
 - Con catatonìa.

Livello di gravità	Comunicazione sociale	Comportamenti ristretti, ripetitivi
Livello 3 “è necessario un supporto molto significativo”	Gravi deficit della comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano gravi compromissioni del comportamento, avvio molto limitato delle interazioni sociali e reazioni minime alle aperture sociali da parte degli altri.	Inflessibilità di comportamento, estrema difficoltà nell'affrontare il cambiamento o altri comportamenti ristretti/ripetitivi interferiscono in modo marcato in tutte le aree di funzionamento. 
Livello 2 “è necessario un supporto significativo”	Deficit marcati delle abilità di comunicazioni sociali verbali e non verbali, compromissioni sociali visibili anche in presenza di supporto; avvio limitato delle interazioni sociali; reazioni ridotte o anomale alle aperture sociali da parte degli altri.	Inflessibilità di comportamento, difficoltà nell'affrontare i cambiamenti o altri comportamenti ripetitivi/ristretti sono sufficientemente frequenti da essere evidenti a un osservatore casuale e interferiscono in diversi contesti. Difficoltà nel modificare l'oggetto di attenzione.
Livello 1 “è necessario un supporto”	In assenza di supporto, i deficit della comunicazione sociale causano notevoli compromissioni. Difficoltà ad avviare la comunicazione e chiari esempi di risposta atipiche o infruttuose alle aperture sociali altrui. Può esserci una limitato interesse per le interazioni sociali.	L'inflessibilità del comportamento causa inferenze significative nel comportamento in uno o più contesti. Difficoltà nel passare da un'attività ad un'altra. Problemi nell'organizzazione e nella pianificazione ostacolano l'indipendenza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Se il disturbo dello spettro dell'autismo è associato ad altra condizione medica o genetica bisogna registrare il nome della condizione, sindrome associata. Bisognerebbe inoltre essere registrato il livello di gravità, se ci sono disabilità intellettive e disturbi di linguaggio associati e ovviamente, se presente catatonìa, va registrata in seguito. Le caratteristiche diagnostiche basilari del disturbo dello spettro dell'autismo sono la compromissione evidente della comunicazione sociale reciproca, pattern di comportamento ristretti e/o ripetitivi. Questi sintomi ovviamente limitano la vita quotidiana, scolastica e/o la vita professionale. Tutte queste caratteristiche sono evidenti nel periodo dello sviluppo, ma possono essere scoperte solo successivamente in quanto l'individuo può mascherarle o compensarle con l'acquisizione di strategie alternative. Il disturbo dello spettro dell'autismo comprende i seguenti disturbi prima classificati con la diagnosi di autismo: autismo infantile, autismo di Kanner, autismo ad alto funzionamento, autismo atipico, disturbo pervasivo dello sviluppo, disturbo disintegrativo della fanciullezza e disturbo di Asperger. Vista l'enorme varietà di manifestazioni in base all'età e ai livelli di gravità si utilizza il termine di “spettro” dell'autismo. Le compromissioni dell'interazione sociale è pervasiva e costante, i deficit linguistici sono molto frequenti e qualsiasi tipo di linguaggio esista manca comunque di reciprocità ed è unilaterale; inoltre, uno dei primi e importanti sintomi è la mancanza di attenzione congiunta.

Nel disturbo dello spettro autistico vanno inseriti, fra le altre cose, anche l'età e i pattern di esordio, in quanto possono fornire informazioni importanti relative allo sviluppo del disturbo. In genere comunque i sintomi vengono riconosciuti tra i 12 e i 24 mesi, con un flessibilità che si riferisce al livello di gravità (maggiore è la gravità, prima viene riconosciuto). I primi sintomi evidenti sono la mancanza di reciprocità e interazione sociale che in bambini piccoli si manifesta ad esempio con il gesto di indicare, modalità di gioco stravaganti

e modalità di comunicazione insolite. Le caratteristiche comportamentali si fanno evidenti nella prima infanzia, e un periodo critico riguarda l'adolescenza. Molti individui con autismo migliorano durante l'adolescenza. Non essendo un disturbo degenerativo, individui con autismo in genere migliorano (non guariscono) con il passare del tempo e a seconda del livello di gravità e delle terapie. Solo pochi adulti con questo disturbo lavorano e conducono una vita autonoma e di questi, la quasi totalità è composta da individui ingenui, fragili, con difficoltà di organizzazione pratica e predisposizione all'ansia e alla depressione.

I fattori di rischio e prognosi riguardano l'associazione di una disabilità intellettuale e di un deficit linguistico. La presenza di epilessia, invece, è associata ad un maggior grado di disabilità intellettuale. Tra i fattori di rischio troviamo fattori genetici, ereditari e ambientali (età avanzata dei genitori, esposizione al valproato). Il contesto culturale e i fattori socioeconomici possono influenzare il riconoscimento del disturbo e il momento della diagnosi. Il disturbo dello spettro dell'autismo è 4 volte più frequente nei maschi rispetto alle femmine. Quando presente nelle femmine, esso è più grave ed è associato ad un livello più alto di disabilità intellettuale.

Le conseguenze del disturbo dello spettro autistico si riflettono ad ogni età: nei bambini piccoli la mancanza di reciprocità ostacola l'apprendimento, soprattutto quello derivante dall'interazione sociale. Nella vita quotidiana la difficoltà a vivere i cambiamenti provocano problematiche del sonno, dell'alimentazione e in tutta la sfera delle abilità personali. Nell'età adulta la mancanza/alterazione di linguaggio e interazione sociale rende gli individui dipendenti e bisognosi di supporto. In età avanzata, nonostante non ci siano molti studi a riguardo, si pensa che le scarse capacità relazionali e comunicative causino isolamento, avendo quindi ripercussioni sulla salute stessa.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Sindrome di Rett: durante una fase regressiva della sindrome di Rett, alcuni individui possono manifestare chiari sintomi autistici. Nella maggior parte degli individui, però, essi tendono a scomparire o comunque a regredire non destando particolare attenzione e preoccupazione. Il disturbo dello spettro autistico quindi può e deve essere diagnosticato solo quando tutti i criteri vengono pienamente soddisfatti.
- Mutismo selettivo: Nel mutismo selettivo, il primo periodo di sviluppo non è generalmente alterato e risulta intatta la capacità di interazione sociale (seppur in ambienti protetti). Nel disturbo dello spettro autistico, invece, c'è una chiara compromissione dell'interazione sociale.
- Disturbi del linguaggio e della comunicazione sociale (pragmatica): in questi disturbi sono assenti comportamenti stereotipati e interessi ripetitivi, tipici del disturbo dello spettro dell'autismo.
- Disabilità intellettuale senza disturbo dello spettro autistico: Questa differenziazione può essere molto complicata soprattutto fra i bambini più piccoli. In genere, comunque, una diagnosi di disturbo dello spettro autistico in individui con disabilità intellettuale è appropriata quando l'interazione sociale è significativamente compromessa rispetto al livello di sviluppo delle abilità non verbali dell'individuo.
- Disturbo da movimenti stereotipati: Se questi comportamenti sono meglio spiegati dal disturbo autistico allora viene posta un'unica diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo; se invece questi movimenti creano autolesionismo e sono talmente gravi da giustificare un'attenzione clinica, possono essere poste entrambe le diagnosi.
- Disturbo da deficit di attenzione e iperattività.
- Schizofrenia: la diagnosi di schizofrenia in individui con spettro autistico dovrebbe essere posta solo quando i sintomi soddisfano tutti i criteri per porre diagnosi di schizofrenia.

Comorbilità: Il disturbo dello spettro dell'autismo è associato di solito a disturbo del linguaggio, disturbi psichiatrici diversi e condizioni mediche/genetiche o ambientali.

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:** 6 (o più) dei seguenti sintomi sono persistiti da almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo sulle abilità sociali, scolastiche e/o professionali.

Nota: i sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere compiti e/o istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni ed oltre di età) sono richiesti almeno 5 sintomi:

- a. Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività (es. trascura od omette dettagli, il lavoro non è accurato).
- b. Ha spesso difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti e sulle attività di gioco (es. ha difficoltà a rimanere concentrato durante una lezione, conversazione o lettura).
- c. Spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente (es. la mente sembra altrove, anche in assenza di distrazioni evidenti).
- d. Spesso non segue istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri sul posto di lavoro (es. inizia i compiti ma perde rapidamente la concentrazione e viene distratto/a facilmente).
- e. Ha spesso difficoltà ad organizzarsi nei compiti e nelle attività (es. difficoltà a gestire compiti sequenziali, difficoltà nel gestire e mantenere in ordine i materiali, lavoro disorganizzato, disordinato, gestisce il tempo in maniera inadeguata, non riesce a rispettare le scadenze).
- f. Spesso evita, prova avversione o è riluttante nell'impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale prolungato (es. compiti scolastici e/o a casa, per adolescenti e adulti stessa relazioni, revisione documenti).
- g. Perde spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività (es. materiale scolastico, matite, libri, portafogli, documenti, occhiali, cellulare).
- h. Spesso è facilmente distratto/a da stimoli esterni (per adolescenti più grandi e gli adulti possono essere presenti pensieri incongrui).
- i. E' spesso sbadato/a nelle attività quotidiane (es. sbrigare le faccende, fare commissioni, per gli adolescenti più grandi e gli adulti ricordarsi di fare una telefonata, pagare le bollette).

2. **Iperattività e impulsività:** 6 (o più) dei seguenti sintomi sono persistiti da almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo sulle abilità sociali, scolastiche e/o professionali.

Nota: i sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere compiti e/o istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni ed oltre di età) sono richiesti almeno 5 sintomi:

- a. Spesso agita o batte le mani e piedi e si dimena sulla sedia.
- b. Spesso lascia il proprio posto sulla sedia in situazioni in cui si dovrebbe stare seduti.
- c. Spesso scorrazza o salta in situazioni in cui farlo risulta inappropriato (Nota: negli adolescenti e adulti può essere limitato al sentirsi irrequieti).

- d. E' spesso incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente.
 - e. E' spesso "sotto pressione" agendo come fosse "azionato" da un motore (è incapace di restare fermo/a o si sente a disagio nel farlo, per un periodo di tempo prolungato come nei ristoranti, riunioni).
 - f. Spesso parla troppo.
 - g. Spesso "spara" una risposta prima che la domanda sia stata completata (es. completa le frasi dette da altre persone, non riesce ad attendere il proprio turno nella conversazione).
 - h. Ha spesso difficoltà ad aspettare il proprio turno (es. durante l'attesa in una fila).
 - i. Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (es. interrompe comunicazioni, giochi o attività, può iniziare ad utilizzare cose degli altri senza attendere di ricevere il permesso).
- B. Diversi sintomi di disattenzione e iperattività/impulsività erano presenti prima dei 12 anni.
- C. Diversi sintomi di disattenzione e iperattività/impulsività si presentano in due o più contesti.
- D. Vi è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono, la qualità della vita scolastica, sociale e lavorativa.
- 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.

Specificare quale:

- Manifestazione combinata: se il criterio A1 (disattenzione) e il criterio A2 (impulsività/iperattività) sono soddisfatti entrambi negli ultimi 6 mesi;
- Manifestazione con disattenzione predominante: Se il criterio A1 (disattenzione), ma non il criterio A2 , è soddisfatto negli ultimi 6 mesi;
- Manifestazione con iperattività/impulsività predominanti: Se il criterio A2 (iperattività/impulsività), ma non il criterio A1 (disattenzione) , 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 della vita scolastica, sociale e lavorativa;

Specificare la gravità attuale:

- Lieve: Sono presenti pochi sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi e comportano compromissioni minori del funzionamento sociale e lavorativo;
- Moderata: sono presenti sintomi o compromissioni funzionali compresi fra "lievi" e "gravi";
- Grave: sono presenti molti sintomi, oltre a quelli necessari per la diagnosi o diversi sintomi particolarmente gravi o che comportano una marcata compromissione del funzionamento sociale e lavorativo.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica predominante del disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) è un pattern di disattenzione, iperattività ed impulsività che interferisce con le attività quotidiane scolastiche e lavorative. La disattenzione implica una mancanza di organizzazione, difficoltà a mantenere l'attenzione, non

perseveranza. L'impulsività invece fa riferimento ad azioni affrettate senza preavviso e l'iperattività riguarda l'eccessiva attività motoria.

Il DDAI si manifesta nell'infanzia, ma può avere una prognosi più favorevole o i sintomi possono non essere evidenti se si ricevono molte conferme, ricompense, se si è in un ambiente nuovo e se si è in un rapporto 1 a 1.

Associati alla diagnosi di DDAI possono presentarsi vari sintomi come scarsa tolleranza alle frustrazioni, irritabilità, scarsi risultati ai test cognitivi per l'attenzione e a compiti per le funzioni di memoria. Più tardi possono essere presenti anche tentativi di suicidio. Il DDAI è presente in tutte le culture, con un'incidenza del 5% della popolazione. Prima dei 4 anni, il DDAI è difficile da diagnosticare. Nonostante ciò, si evidenzia forse un'eccessiva attività motoria. In genere si manifesta chiaramente durante l'età scolare. Il DDAI è stabile, nonostante alcuni individui in adolescenza sviluppino condotte antisociali e, in età adulta, le capacità di questi soggetti rimangano comunque compromesse.

In età prescolare si manifesta soprattutto l'iperattività, durante l'età scolare appare maggiore la disattenzione; durante l'adolescenza possono comparire o acuirsi comportamenti di irrequietezza, impazienza.

I fattori di rischio/prognosi sono molti, fra cui

- Fattori temperamentalni come difficoltà di autocontrollo, di inibizione;
- Fattori ambientali come basso peso alla nascita, esposizione al fumo in gravidanza, storia di abuso o trascuratezza durante l'infanzia o esposizione all'alcool durante la vita extrauterina;
- Fattori genetici e fisiologici. Il DDAI è più frequente nei maschi che nelle femmine. Sono inoltre presenti variazioni importanti degli atteggiamenti o/e delle interpretazioni dei comportamenti dei bambini. Il DDAI è spesso associato a prestazioni e risultati scolastici scadenti, sviluppo di un disturbo di condotta nell'adolescenza e disturbo di personalità in età adulta. A causa di questi comportamenti si feriscono spesso e registrano un numero maggiore di incidenti stradali rispetto a individui senza DDAI. Inoltre è stata registrata una certa frequenza di liti ed aggressioni e, in genere, i nuclei familiari di questi individui risultano meno scolarizzati e presentano punteggi inferiori ai test intellettivi.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbo oppositivo/provocatorio; i sintomi del DDAI e quelli del DOP possono essere simili, ma devono essere differenziati perché nel DDAI i sintomi di ostilità e negatività sono dovuti allo sforzo mentale che l'individuo prova nel sostenere i compiti scolastici.
- Disturbo esplosivo intermittente: nel DDAI non sono presenti quegli atti aggressivi importanti che invece si manifestano nel disturbo esplosivo.
- Disturbo specifico dell'apprendimento: la disattenzione tipica dei bambini con disturbo di apprendimento non è invalidante oltre l'ambito scolastico, come invece accade nei bambini con DDAI.
- Disturbo dello spettro dell'autismo: I due disturbi condividono sintomi come disattenzione e disfunzione sociale, ma nel DDAI questi sono espressione del disimpegno sociale o indifferenza alla socialità, come invece possono esserlo nel disturbo dello spettro dell'autismo.
- Disturbi d'ansia e disturbi depressivi: Individui con DDAI condividono ad esempio la disattenzione con i disturbi d'ansia, ma nel caso del DDAI questa deriva dalla forte attrazione per gli stimoli esterni.

- Disturbo DDAI indotto da farmaci: In questo caso i sintomi del DDAI sono correlati all'assunzione/esposizione ad un farmaco.
- Disturbi psicotici: Il DDAI non dev'essere diagnosticato se i sintomi si manifestano esclusivamente durante un disturbo psicotico.
- Disturbi neurocognitivi: Sia il disturbo neurocognitivo maggiore che lieve possono manifestarsi con caratteristiche simili al DDAI, anche non essendone associati. Essi comunque si distinguono da esso per il loro tipico esordio tardivo.
- Disturbo da uso da sostanze: Alcuni sintomi del DDAI possono essere simili ai sintomi manifestati da individui con disturbo da uso/abuso di sostanze. In tal caso però c'è una chiara evidenza e correlazione fra detti sintomi e l'assunzione di queste sostanze.
- Disturbo reattivo dell'attaccamento: Molti sintomi del DDAI possono manifestarsi anche nel disturbo reattivo dell'attaccamento, ma questo comprende anche altri sintomi come ad esempio la mancanza di relazioni durature che invece non sono presenti nel DDAI.
- Altri disturbi del neurosviluppo.
- Disabilità intellettuale: per diagnosticare il DDAI in individui con disabilità intellettuale bisogna che i sintomi di disattenzione e l'iperattività siano eccessivi rispetto all'età mentale dell'individuo.
- Disturbo bipolare: Alcuni sintomi del disturbo bipolare come scarsa concentrazione, aumento dell'attività ecc. possono essere scambiati con sintomi del DDAI. In realtà questi sintomi, nel disturbo bipolare, si manifestano anche per diversi giorni, ma sempre durante il corso dell'episodio e comunque questo disturbo è raro nella preadolescenza.
- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.

Il DDAI può essere diagnosticato in **comorbilità** con vari disturbi, come il disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo della condotta, disturbo da disregolazione dell'umore o disturbo antisociale.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altra specificazione

Questa categoria si applica a tutti quelle manifestazioni i cui sintomi del disturbo da DDAI sono predominanti ma non soddisfano pienamente i criteri per il DDAI né per qualsiasi altro disturbo del neurosviluppo. In tal caso si registra "DDAI con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (es. "sintomi di disattenzione insufficienti").

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività senza specificazione

Questa categoria si applica a tutti quelle manifestazioni i cui sintomi del disturbo da DDAI sono predominanti ma non soddisfano pienamente i criteri per il DDAI né per qualsiasi altro disturbo del neurosviluppo. Il clinico sceglie di non registrare la motivazione per cui i criteri non sono soddisfatti e comprende manifestazioni in cui vi sono informazioni insufficienti per porre diagnosi adeguata.

Disturbo specifico dell'apprendimento

Criteri diagnostici

- A. Difficoltà di apprendimento e nell'uso di abilità scolastiche, come indicato dalla presenza di almeno 1 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 (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 di ciò che viene letto (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 (es. può aggiungere, sostituire od omettere vocali o consonanti).
 4. Difficoltà con l'espressione scritta (es. fa molteplici errori grammaticali e/o di punteggiatura nelle 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 (es. ha una scarsa comprensione dei numeri, delle loro relazioni e dimensioni; conta sulle dita per aggiungere numeri di una singola cifra piuttosto che ricordare i fatti matematici come fanno i coetanei, si perde all'interno dei calcoli aritmetici e può cambiare procedure).
 6. Difficoltà nel ragionamento matematico (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 inferenza con il rendimento scolastico e 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 della 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 (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 alterate, altri disturbi mentali o neurologici, avversità psicosociali, mancata conoscenza della lingua, dell'istruzione scolastica o istruzione scolastica inadeguata.

Nota: I quattro criteri 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 e le capacità che sono compromessi. Quando è compromesso più di un ambito, ciascuno di essi dev'essere codificato singolarmente secondo i seguenti specificatori:

Specificare se:

Con compromissione della lettura

- Accuratezza nella lettura delle parole
- Velocità o fluenza nella lettura
- Comprensione del testo

Nota: "Dislessia" è un termine alternativo utilizzato per riferirsi ad un pattern di difficoltà di apprendimento, caratterizzato da problemi con il riconoscimento accurato o fluente delle parole, con scarse capacità 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.

Con compromissione dell'espressione scritta

- Accuratezza nello spelling
- Accuratezza nella grammatica e nella punteggiatura
- Chiarezza/organizzazione dell'espressione scritta

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 matematiche ed eseguire calcoli in maniera fluente e accurata. Se "discalculia" viene utilizzato per specificare questo particolare pattern di difficoltà, 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 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 in modo che l'individuo difficilmente può sviluppare competenze senza momenti di insegnamento intensivo e specializzato durante gli anni scolastici. Per completare le attività con precisione e competenza possono essere necessarie 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 più ambiti scolastici, tali che l'individuo difficilmente apprenderà queste capacità senza un insegnamento e un aiuto continuativo, intensivo, 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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Le compromissioni della lettura, del calcolo e della scrittura vanno registrate separatamente. Il disturbo di apprendimento è un disturbo di origine biologica (interazione di fattori genetici, ambientali ed epigenetici) che causa le anomalie dello sviluppo cognitivo che a loro volta determinano le difficoltà di apprendimento. Caratteristica chiave di questo disturbo è una persistente difficoltà negli apprendimenti scolastici. Negli adolescenti la persistenza si riflette su lenti progressi nell'apprendimento mentre negli adulti si riferisce alle difficoltà di lettura, scrittura o calcolo. Un'altra caratteristica è che queste difficoltà sono evidenti fin dai primi anni di scuola, nonostante alcune volte possano non essere evidenti fin quando i compiti scolastici non richiedono abilità più complesse. E' importante capire e sottolineare che queste difficoltà non sono dovute a disabilità intellettive o ad altri disturbi neurologici e che possono manifestarsi anche in individui con intelligenza superiore alla media.

La valutazione del disturbo di apprendimento deve necessariamente coinvolgere più professionisti con esperienza in questo settore e nella valutazione di capacità cognitive.

Nell'età prescolare, il disturbo specifico di apprendimento è spesso preceduto da ritardi nel linguaggio e nelle attività motorie. In genere, individui con disturbo specifico di apprendimento hanno punteggi scarsi nei test di elaborazione cognitiva. Il disturbo specifico di apprendimento esordisce e si manifesta nei primi anni dell'ingresso a scuola, ma alcuni sintomi sono presenti anche precedentemente. Questo disturbo permane tutta la vita, ma il suo decorso è variabile. I sintomi evidenti in età prescolare sono, tra gli altri, la mancanza di interesse per i giochi linguistici, difficoltà ad imparare filastrocche, pronunciare male le parole, non riconoscere singole lettere, utilizzare uno spelling inventato. Durante gli anni della scuola elementare, le difficoltà riguardano la difficoltà nell'apprendimento della corrispondenza lettera-suono, decodifica fluente delle parole, dello spelling, del calcolo numerico, del mettere in sequenza lettere o numeri. Negli adolescenti e negli adulti, la lettura rimane lenta e faticosa anche se possono aver acquisito strategie di lettura, hanno una scarsa abilità nei compiti matematici e numerici, permangono numerosi errori di grammatica e ortografia.

Spesso, al disturbo specifico di apprendimento è associato un disturbo d'ansia grave o attacco di panico.

I fattori di rischio e prognosi possono riguardare fattori ambientali come basso peso alla nascita, esposizione in gravidanza alla nicotina ecc., e fattori genetici e fisiologici. Alcuni modificatori del decorso possono essere un'istruzione e un trattamento continuativo e sistematico e l'utilizzo di interventi mirati, che possono aiutare l'individuo ad apprendere e utilizzare strategie di compensazione attenuando così le manifestazioni del disturbo. Il disturbo specifico di apprendimento si manifesta in tutte le culture e razze, ma la sua manifestazione e l'incidenza (importanza) dei sintomi varia a seconda delle culture. Rispetto al genere, sono maggiormente colpiti i maschi che le femmine.

Questo disturbo può comportare conseguenze negative in tutti gli ambiti della vita quotidiana come il raggiungimento di livelli più bassi di scolarizzazione, alto tasso di abbandono scolastico, sintomi depressivi e disoccupazione più alta e, se lavorano, ottengono redditi più bassi.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Normali variazioni dei risultati scolastici: Alcuni sintomi possono essere simili alle normali variazioni dei risultati scolastici ed è importante che il clinico sappia distinguere le due manifestazioni.
- Disabilità intellettuale: In genere, il disturbo di apprendimento si manifesta in presenza di un funzionamento intellettuale normale e superiore, mentre nella disabilità intellettuale c'è un funzionamento intellettuale compromesso.
- Difficoltà di apprendimento dovute a deficit neurologici e sensoriali: Non si pone diagnosi di disturbo di apprendimento specifico se esso è dovuto a deficit neurologici o sensoriali che causano i sintomi manifestati, cioè se essi sono correlati a questi deficit.
- Disturbi neurocognitivi.
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività.
- Disturbi psicotici.

Comorbilità: Il disturbo specifico di apprendimento si manifesta spesso con altri disturbi del neurosviluppo (es. DDAI; disturbo della comunicazione, dello spettro dell'autismo) e altri disturbi mentali (disturbo d'ansia, bipolare)

Disturbi del movimento

Disturbo dello sviluppo della coordinazione

Criteri diagnostici

- A. L'acquisizione e l'esecuzione di abilità motorie coordinate risultano notevolmente inferiori rispetto a quanto atteso, considerato l'età cronologica dell'individuo e l'opportunità che l'individuo ha avuto di apprendere e utilizzare queste abilità. Le difficoltà si manifestano con goffaggine (es. cadere, sbattere contro oggetti), così come con lentezza e imprecisione nello svolgere le attività motorie (es. afferrare un oggetto, usare forbici, scrivere a mano, guidare la bicicletta);
- 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 (es. nella cura e mantenimento di sé) e ha un impatto sulla produttività scolastica, sulle attività pre-professionali e professionali, sul tempo libero e sul 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 o da deficit visivo e non sono attribuibili a una condizione neurologica che ne influenza il movimento (es. paralisi cerebrale infantile, distrofia muscolare, disturbo degenerativo).

28

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Le manifestazioni della compromissione della coordinazione motoria variano in base all'età. I bambini più piccoli possono presentare ritardi nel raggiungere le tappe motorie fondamentali come gattonare, sedersi, che poi diventeranno ritardi nel salire le scale, abbottonare ecc. I bambini più grandi presentano una coordinazione motoria più lenta, imprecisione in alcuni compiti motori come completare un puzzle o costruire modellini ecc. Questo disturbo interferisce con la vita quotidiana, scolastica e lavorativa dell'individuo e l'esordio è situato nel primo periodo dello sviluppo, ma può non essere diagnosticato prima dei 5 anni di età, essendo notevoli le variazioni normali tra individui. Questo disturbo non presenta sottotipi diversi, anche se alcuni individui presentano compromissioni maggiori nella coordinazione grossolana e altri in quella fine.

Altri termini per intendere questo disturbo sono *disprassia, sindrome del bambino goffo, disturbo specifico dello sviluppo della motricità*. Alcuni individui mostrano una capacità motoria aggiuntiva, ma questi vengono considerati come un'immaturità del neurosviluppo o segni neurologici. I maschi sono maggiormente colpiti rispetto alle femmine. Il decorso è variabile. Se ci sono altri disturbi in comorbilità, influenzano il decorso e l'esito.

I fattori di rischio/prognosi associati al disturbo sono fattori ambientali, come ad esempio il basso peso alla nascita, nascita prematura, o l'esposizione all'alcool; fattori genetici e fisiologici. Sembra esistano, a tal proposito, delle compromissioni nei processi di neurosviluppo, ancora non chiare. Alcuni modificatori del decorso evidenziano che, se associato al disturbo della coordinazione o al DDAI, l'esito e il decorso sono peggiori. Il disturbo della coordinazione motoria si manifesta in tutte le razze e culture. Esso porta ad una compromissione negativa in tutte le aree della vita quotidiana, scolastica, lavorativa e sociale.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Compromissione motoria dovuta a un'altra condizione medica.

- Disabilità intellettuale: se le difficoltà motorie superano quelle che possono essere spiegate dalla disabilità intellettuale ei criteri sono soddisfatti, si diagnostica il disturbo motorio.
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività: individui con DDAI possono far cadere oggetti o urtarli. E' necessaria un'attenta valutazione per capire se esiste un'impulsività (DDAI) oppure un deficit di coordinazione motorio. Se ci fossero entrambi, andrebbero poste entrambe le diagnosi.
- Disturbo dello spettro dell'autismo.
- Sindrome da ipermobilità articolare.

Comorbilità: I disturbi che maggiormente si presentano in comorbilità con il disturbo di coordinazione motoria sono il disturbo del linguaggio e dell'eloquio, disturbo specifico dell'apprendimento, disturbi di attenzione (DDAI), dello spettro dell'autismo, problemi di regolazione comportamentale e emotiva.

Disturbo da movimento stereotipato

Criteri diagnostici

- A. Comportamento motorio ripetitivo, apparentemente intenzionale ed evidentemente finalistico (es. scuotere o far cenno con le mani, dondolarsi, battere la testa, mordersi, colpirsi il corpo).
- B. Il comportamento motorio ripetitivo interferisce con attività sociali, scolastiche o di altro tipo e può portare 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 ad una condizione neurologica e non è meglio spiegato da un altro disturbo del neurosviluppo o mentale (es. tricotillomania, disturbo ossessivo-compulsivo)

Specificare se:

- Con comportamento autolesivo (o comportamento che provocherebbe lesioni nel caso in cui non venissero prese misure preventive).
- Senza comportamento autolesivo.

Specificare se:

- Associato ad una condizione medica o genetica nota, a un disturbo del neurosviluppo o ad un fattore ambientale (per es. sindrome di Lesch – Nyhan, disabilità intellettuale [disturbo dello sviluppo intellettuale], esposizione intrauterina all'alcol).

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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La gravità dei disturbi autolesivi è variabile. La caratteristica fondamentale del disturbo da movimento stereotipato è il comportamento motorio ripetitivo finalistico. Il repertorio di comportamenti è variabile e i comportamenti autolesivi si riferiscono, ad esempio, a: schiaffeggiarsi, battere la testa ripetutamente, mettersi le dita negli occhi. Come evidente, alcuni di questi comportamenti sono molto pericolosi per l'individuo. Questi comportamenti si manifestano durante l'arco della giornata ripetutamente e interferiscono

significativamente con la vita sociale, scolastica e professionale. Il decorso e lo sviluppo peggiorano in individui con disabilità intellettuale.

Tra i fattori di rischio/prognosi troviamo i fattori ambientali, come ad esempio l'isolamento sociale o lo stress ambientale. Oltre questo, altri fattori di rischio sono fattori genetici e fisiologici, es. funzionamento cognitivo basso.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Sviluppo normale: E' importante differenziare questo disturbo dallo sviluppo normale, in quanto movimenti stereotipati sono comuni nel primo periodo di sviluppo.
- Disturbo dello spettro dell'autismo: Il disturbo da movimento stereotipato si differenzia dal disturbo dello spettro dell'autismo in quanto nel disturbo da movimento stereotipato non sono presenti generalmente i deficit di comunicazione e reciprocità sociale.
- Disturbo da tic: La differenza risiede nelle stereotipie che sono fisse, continuative e prolungate nel tempo rispetto ai tic.
- Disturbo ossessivo-compulsivo: nel disturbo da movimenti stereotipati mancano le tipiche ossessioni del DOC.
- Altre condizioni mediche o neurologiche: è utile distinguere i movimenti stereotipati da manierismi, abitudini, discinesie parossistiche e corea ereditaria benigna.

30

Comorbilità: Il disturbo da movimento stereotipato può presentarsi anche come diagnosi secondaria associata ad altro disturbo, come la sindrome dell'X fragile o la sindrome di Cornelia De Lange.

Disturbi da tic

Un tic è un movimento o una vocalizzazione, improvviso, rapido, ricorrente, motorio, non ritmico.

Disturbo di Tourette

Criteri diagnostici

- A. Nel corso della malattia si sono manifestati ad 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 un 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 (es. cocaina) o ad un'altra condizione medica (es. malattia di Huntington, encefalite postvirale).

Disturbo persistente (cronico) da tic motori e vocali

Criteri diagnostici

- A. Tic motori e 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 da più di un 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 (es. cocaina) o ad un'altra condizione neurologica.
- 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

Criteri diagnostici

- A. Tic motori e/o vocali singoli o multipli.
- B. I tic sono stati presenti per meno di un 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 (es. cocaina) o ad un'altra condizione neurologica (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 da tic motori o vocali.

Criteri diagnostici e diagnosi differenziale

I disturbi da tic comprendono 4 categorie di disturbi: Disturbo di Tourette, Disturbo persistente cronico da tic motori o vocali, disturbo transitorio da tic e disturbo da tic con o senza altra specificazione.

La diagnosi di questi disturbi si basa sulla presenza di tic vocali o motori, sulla durata, esordio e sull'assenza di un'altra condizione medica/neurologica associata. Questi disturbi sono disposti secondo un ordine gerarchico in modo tale che, facendo una diagnosi di un livello superiore, non è possibile averne una di livello più basso. Spesso i tic sono preceduti da una sensazione a manifestare quel tic, per questo si dice che non siano completamente involontari. Essi possono essere sia semplici che complessi.

I disturbi da tic sono maggiormente presenti nei maschi rispetto alle femmine. L'esordio avviene generalmente fra i 4 e i 6 anni; in genere i sintomi si aggravano durante l'adolescenza, per attenuarsi durante l'età adulta. Solo una piccola percentuale di adulti si ritrova con un peggioramento dei sintomi.

I fattori di rischio e prognosi sono:

- Fattori temperamental: i tic peggiorano in presenza d'ansia, tensione e diminuiscono o si attenuano in momenti di relax.
- Fattori ambientali: a volte può capitare che un individuo con disturbo da tic sia portato ad "imitare" lo stesso gesto visto da altri. Questo potrebbe causare problemi se l'individuo si trova, ad es., di fronte alle autorità.
- Fattori genetici e fisiologici: tra i rischi ci sono le complicazioni ostetriche, basso peso alla nascita, fumo durante la gravidanza, età del padre avanzata.

Il disturbo da tic si manifesta in tutte le razze e culture, ma può variare la percezione e il significato attribuito ai tic. Sono maggiormente colpiti i maschi rispetto alle femmine. In genere, individui con disturbo da tic lieve o moderato non presentano compromissioni nella vita quotidiana, a differenza degli individui con disturbo grave. Nonostante questo, però, anche loro possono avere un buon funzionamento. Di solito, l'esito

e il decorso (per cui anche le compromissioni) sono peggiori se ad esso è associato un altro disturbo come il DOC o il DDAI.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Movimenti anomali che possono accompagnare altre condizioni mediche e disturbo da movimento stereotipato: le stereotipie motorie sono atti involontari, finalistici che si arrestano con la distrazione (es. agitare le dita, ondulare). Essi si differenziano dai tic per l'esordio, la durata e dalla continuità. La corea si manifesta con azioni rapide, casuali, ripetitive, brusche che colpiscono tutte le parti del corpo. La distonia è la contrattura sostenuta simultanea di muscoli causata da una postura distorta oda movimenti di parti del corpo.
- Discinesie parossistiche e indotta da sostanze: difficilmente i movimenti delle discinesie sono dovuti alle normali attività (come invece avviene nel disturbo da tic).
- Miocloni: si differenzia dal tic per la sua rapidità, per l'assenza di sintomi premonitori e per il fatto che non è attenuabile (come invece lo è il disturbo da tic).
- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati: non è sempre facile differenziare i due disturbi. In genere i movimenti che compaiono nel disturbo ossessivo compulsivo sono maggiormente finalizzati rispetto a quelli dal disturbo da tic.

Comorbilità: Tra i disturbi più comuni associati al disturbo da tic troviamo il DDAI, il disturbo ossessivo compulsivo e disturbi correlati.

Disturbo da tic con altra specificazione

Questa categoria si applica per tutti quei disturbi in cui predominano i sintomi per il disturbo da tic ma i criteri non vengono pienamente soddisfatti né per il disturbo da tic né per altri disturbi della stessa classe diagnostica. In tal caso il clinico decide di specificare la ragione per cui questi sintomi non soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo da tic o per nessun disturbo del neurosviluppo. Questo viene fatto registrando “disturbo da tic con altra specificazione” seguito dalla ragione specifica.

Disturbo da tic senza altra specificazione

Questa categoria si applica per tutti quei disturbi in cui predominano i sintomi per il disturbo da tic ma i criteri non vengono pienamente soddisfatti né per il disturbo da tic né per altri disturbi della stessa classe diagnostica. In tal caso, il clinico decide di non specificare la ragione per cui questi sintomi non soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo da tic o per nessun disturbo del neurosviluppo; comprende anche le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre diagnosi più specifica

Altri disturbi del neurosviluppo

Disturbi del neurosviluppo con altra specificazione

Questa categoria si applica per tutti quei disturbi in cui i sintomi caratteristici causano disagio clinicamente significativo in aree importanti della vita dell'individuo e predominano i sintomi per il disturbo del neurosviluppo, ma i criteri non vengono pienamente soddisfatti per nessuno dei disturbi della stessa classe. In tal caso il clinico decide di specificare la ragione per cui questi sintomi non soddisfano i criteri diagnostici

per nessuno specifico disturbo del neurosviluppo. Questo viene fatto, ad esempio, registrando “disturbo del neurosviluppo associato ad esposizione fetale dell’alcol”.

Disturbi del neurosviluppo senza altra specificazione

Questa categoria si applica per tutti quei disturbi in cui predominano i sintomi per il disturbo del neurosviluppo ma i criteri non vengono pienamente soddisfatti per nessuno dei sintomi della stessa classe. In tal caso il clinico decide di non specificare la ragione per cui questi sintomi non soddisfano i criteri diagnostici per nessuno specifico disturbo del neurosviluppo e comprende manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre un’adeguata diagnosi.

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici

Questi disturbi comprendono:

- schizofrenia
- altri disturbi psicotici
- disturbo schizotipico di personalità.

34

Sono caratterizzati da anomalie psicopatologiche in 1 o 5 ambiti: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato, comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale e sintomi negativi. Le caratteristiche chiave che definiscono i disturbi psicotici sono:

1. Deliri: Sono convinzioni fortemente sostenute che non sono passibili di modifica alla luce di evidenze contrastanti. I deliri si manifestano su una varietà di temi: esistono, ad esempio, deliri bizzarri, di riferimento, di grandezza.
2. Allucinazioni: sono esperienze simil-percettive che si verificano senza uno stimolo esterno; sono chiare e vivide e non sono volontarie. Le più comuni allucinazioni nella schizofrenia sono quelle uditive.
3. Pensiero disorganizzato: si deduce dall'eloquio. L'individuo passa da un argomento ad un altro senza logica e le risposte alle domande possono non avere alcuna aderenza.
4. Comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonìa): Si può manifestare in vari modi. La catatonìa è una mancata diminuzione della reattività all'ambiente.
5. Sintomi negativi: Nella schizofrenia i sintomi negativi più evidenti sono significativa diminuzione dell'espressione delle emozioni e abulia (diminuzione delle attività volontarie spontanee finalizzate). Altri sintomi negativi sono asocialità (apparente mancanza di interesse nelle interazioni sociali), anedonia (incapacità di provare piacere).

I disturbi psicotici sono eterogenei e la gravità dei sintomi può essere predittiva del decorso/esito della malattia. Nella sezione III ci sono le "Scale di valutazione" che comprendono uno schema per la valutazione della gravità e della compromissione cognitiva. Queste valutazioni sono utili e possono essere utilizzate ai fini del trattamento.

Disturbo schizotipico di personalità

Poiché questo disturbo è considerato parte dei disturbi dello spettro della schizofrenia è inserito in questa sezione, ma viene descritto ampiamente nei capitoli dei disturbi della personalità.

Disturbo delirante

Criteri diagnostici

- A. 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 (es. la sensazione di essere infestato da insetti associato al delirio ai deliri di infestazione).
- C. Il funzionamento, a parte l'impatto del/dei delirio/i 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 ad un'altra condizione medica e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, come il disturbo di dismorfismo corporeo o 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 aver qualche grande (ma non riconosciuta) dote o intuizione oppure di aver fatto una 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 cospirazione, ingannato, spiato, seguito, avvelenato oppure drogato, dolorosamente calunniato, molestato, oppure ostacolato nel perseguitamento 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 dominante non può essere chiaramente determinata oppure non viene descritta nei tipi specifici (es. deliri di riferimento senza una componente persecutoria o di grandezza preminente).

Specificare se:

- Con contenuto bizzarro: i deliri sono ritenuti bizarri se 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 organi di qualcun altro senza lasciare ferite o cicatrici).

I seguenti **specificatori del decorso** devono essere utilizzati 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).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale del disturbo delirante è la presenza di uno o più deliri che persistono da almeno un mese; il disturbo non viene diagnosticato se i criteri soddisfano quelli per la schizofrenia. Il disturbo delirante, per essere diagnosticato, non deve essere il risultato di effetti dovuti ad altri disturbi o effetti di sostanze e ovviamente i criteri non devono essere meglio soddisfatti da un altro disturbo mentale. I disturbi deliranti possono causare problemi nella vita sociale dell'individuo. Molti manifestano un umore irritabile, disforico, talvolta violento e aggressivo. A volte questi comportano problemi legali, o desiderio di rivalsa. Il disturbo delirante più comune è quello di persecuzione.

Generalmente, il disturbo delirante ha un decorso migliore rispetto alla schizofrenia. Nonostante il disturbo delirante sia presente in tutte le culture, varia - a seconda di queste - il loro contenuto. Gli individui con disturbo delirante appaiono persone "normali" se non si intavolano discussioni sulle loro convinzioni.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati: se l'individuo con DOC è convinto che le sue convinzioni ascrivibili al DOC siano vere, bisognerebbe fare diagnosi di DOC con consapevolezze assenti/convinzioni deliranti. Stessa cosa bisognerebbe fare se presente un disturbo da dismorfismo corporeo.
- 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 fanno pensare al disturbo delirante, ma differiscono per alcuni aspetti. Il disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci ha, ad esempio, molti sintomi in comune, ma differisce da esso per la significativa relazione fra la sintomatologia manifestata e l'assunzione/esposizione alla sostanza/farmaco.
- Schizofrenia e disturbo schizofreniforme: il disturbo delirante si distingue da essi per i sintomi caratteristici della fase attiva della schizofrenia.
- Disturbi depressivi e bipolari e disturbo schizoaffettivo: essi si distinguono dal disturbo delirante per la relazione temporale tra l'alterazione dell'umore e i deliri e dalla gravità dei sintomi dell'umore.

Disturbo psicotico breve

Criteri diagnostiche

- 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;
 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 un giorno, ma meno di un 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 catatonie, e non è attribuibile agli effetti di una sostanza o ad 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.

37

Specificare se:

- Con catatonia (per la definizione, fare riferimento ai criteri per la catatonia associata ad un altro disturbo mentale)

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).

Nota: la diagnosi di disturbo psicotico breve può essere posta senza usare questo specificatore di gravità.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale del disturbo psicotico breve è un disturbo che comporta l'esordio improvviso di almeno uno dei sintomi come deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato e comportamento grossolano o catatonico. L'episodio deve durare almeno un giorno, ma meno di un mese e poi l'individuo deve tornare allo stato di funzionamento premorboso. L'individuo con il disturbo psicotico breve presenta una confusione enorme e un senso di trambusto emotivo ed è possibile che passi alternativamente ed improvvisamente da uno stato emotivo all'altro. Il disturbo psicotico breve può esordire anche in adolescenza o nella prima età adulta.

I fattori di rischio/prognosi associati sono fattori di natura temperamentale: ad esempio, disturbi di personalità preesistenti (esempio: disturbo borderline o tratti di psicotismo) possono predisporre a questo disturbo. E' importante distinguere i sintomi di questo disturbo nell'ambito della cultura di appartenenza, questo perché spesso in alcune culture e ceremonie religiose si può asserire (senza per questo avere un disturbo) di udire delle voci e vedere delle immagini. La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Altre condizioni mediche: un disturbo psicotico dovuto a condizioni mediche può essere diagnosticato quando si evince da esami, anamnesi e accertamenti che i sintomi psicotici derivano da condizioni mediche.

- Disturbi correlati a sostanze: Il disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci, l'intossicazione da sostanze e il delirium indotto da sostanze/farmaci sono differenziati dal disturbo psicotico breve per il fatto che essi sono correlati direttamente all'esposizione/assunzione della sostanza o farmaco sottostante. Sarà il clinico, attraverso l'esame obiettivo e screening, a valutare la diretta correlazione fra sostanza/farmaco ed esordio dei sintomi.
- Disturbi depressivi e bipolari: la diagnosi di disturbo psicotico breve non viene eseguita se i sintomi sono meglio spiegati da questi altri disturbi.
- Altri disturbi psicotici: Se la durata dei sintomi psicotici è maggiore di 1 mese, allora la diagnosi è disturbo schizofreniforme, delirante, depressivo con caratteristiche psicotiche, bipolare con caratteristiche psicotiche, disturbo dello spettro della schizofrenia o disturbi psicotici con o senza altra specificazione.
- Simulazione di malattia e disturbi fittizi: il disturbo psicotico breve può apparentemente somigliare ai disturbi fittizi, ma in quest'ultimo caso è evidente che i sintomi, anche se simili, sono prodotti intenzionalmente.
- Disturbi di personalità: durante un disturbo di personalità alcuni individui possono essere soggetti a episodi psicotici, che si differenziano dal disturbo vero e proprio perché transitori e non giustificano una diagnosi separata. Se i sintomi durano per almeno 1 giorno, è possibile fare diagnosi aggiuntiva.

Disturbo schizofreniforme

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 (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 posta come provvisoria.
- C. Il disturbo schizoaaffettivo, 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 (es. una sostanza di abuso, un farmaco) o 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 sfavorevoli: questo specificatore si applica se due o più delle caratteristiche di cui sopra non si sono manifestate.

Specificare se:

- Con catatonica.

Specificare la gravità attuale: 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).

39

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

I sintomi del disturbo schizofreniforme sono identici a quelli per la schizofrenia, ma si differenziano per la frequenza e la durata. La durata infatti è di 1 mese, massimo 6. La diagnosi di disturbo schizofreniforme viene fatta in due condizioni: quando l'episodio di malattia dura da 1 a 6 mesi e c'è già un recupero completo, si diagnostica "disturbo schizofreniforme provvisorio"; mentre se dura per oltre 6 mesi, la diagnosi dovrebbe essere di schizofrenia. E' da notare che per la diagnosi di questo disturbo non si deve necessariamente manifestare una compromissione sociale o lavorativa.

Non esistono, ad oggi, strumenti di laboratorio o esami per diagnosticare questo disturbo, esattamente come per la schizofrenia. Lo sviluppo del disturbo schizofreniforme è simile a quello della schizofrenia. Tra i fattori di rischio e prognosi ci sono fattori genetici e fisiologici: parenti con disturbi schizofreniforme hanno maggiori probabilità di manifestare, nel tempo, lo stesso disturbo. La maggior parte di questi individui ha un funzionamento negativo in diverse aree della vita quotidiana, come la scuola, il lavoro o la cura di sé.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Altri disturbi mentali e condizioni mediche: sono molti i disturbi che possono manifestarsi e che possono essere differenziati dal disturbo schizofreniforme, fra cui il disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia, disturbo delirante, disturbo bipolare, disturbo schizoide o paranoide e altri.
- Disturbo psicotico breve: I due disturbi presentano sintomi simili, ma si differenziano per la durata (che nel disturbo psicotico breve è inferiore ad un mese).

Schizofrenia

Criteri diagnostici

- A. Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte significativa durante un periodo di un mese (o meno se trattati efficacemente). Almeno uno dei 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, sociale e 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 (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 (es. una sostanza di abuso, un farmaco) o ad 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 preminent, in aggiunta agli altri sintomi richiesti per la 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.

- 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, in remissione completa: la remissione completa è un periodo di tempo successivo a un precedente episodio durante il quale non sono più presenti i 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 per 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 catatonìa (per la definizione fare riferimento ai criteri per la catatonìa associata ad un altro disturbo mentale).

Specificare la gravità attuale: 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).

Nota: la diagnosi di schizofrenia può essere posta anche senza lo specificatore di gravità.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La schizofrenia è un disturbo eterogeneo per cui si manifesta con una grande varietà di sintomi. Comunque durante un periodo di almeno 1 mese devono essere presenti almeno 2 sintomi del criterio A e almeno 1 deve essere la presenza di deliri, allucinazioni o eloquio disorganizzato. Possono manifestarsi anche comportamenti grossolanamente disorganizzati o catatonici e sintomi negativi. Gli individui con schizofrenia possono manifestare convinzioni insolite o stravaganti (che non sono deliri), esperienze percettive inusuali e sintomi negativi. I sintomi negativi sono maggiormente presenti nella fase prodromica e residua e sono più gravi. Gli individui con schizofrenia possono mostrare un'affettività alterata; generalmente presentano umore disforico, depressione, ansia, rabbia e possono avere il ritmo sonno/veglia molto alterato. Presentano di solito deficit cognitivi e di attenzione e alcuni anche una scarsa consapevolezza del proprio disturbo, caratteristica che si associa con una peggiore prognosi e un decorso negativo.

Anche aggressività ed ostilità possono manifestarsi, anche se non sono comuni e presenti maggiormente nei maschi. A livello cerebrale, gli individui con schizofrenia manifestano⁹ una riduzione del volume cerebrale che aumenta con l'età e movimenti oculari di inseguimento diversi rispetto agli individui sani.

La schizofrenia ha un'incidenza dello 0,3-0,7% sulla popolazione. Le manifestazioni psicotiche emergono tra la tarda adolescenza e la metà della quarta decade di vita, mentre è molto raro notare un esordio prima dell'adolescenza. L'esordio può essere improvviso o insidioso; un esordio precoce è predittivo di un esito e prognosi peggiore. In genere, il decorso è favorevole per il 20% degli individui con schizofrenia, ma solo in un piccolo numero di loro è stata riscontrata una completa guarigione.

I fattori di rischio e prognosi sono primariamente ambientali: l'incidenza della schizofrenia è collegata alla stagione di nascita (tardo inverno/ inizio primavera) ed a fattori genetici e fisiologici. Ci sono, inoltre, forti evidenze di natura genetica per la schizofrenia: pare vi siano degli alleli di rischio, associati anche ad altri disturbi mentali.

L'incidenza della schizofrenia risulta essere lievemente inferiore nelle femmine; l'età dell'esordio è più tardiva, e manifestano sintomi con una maggiore carica affettiva.

Un aspetto importante è che il 20% circa di individui con schizofrenia tenta il suicidio, e molti ci pensano. A questo contribuiscono fattori depressivi e d'ansia, che acuiscono il disturbo. La diagnosi differenziale può essere condotta con:

- Disturbo depressivo maggiore o disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche o catatoniche: La distinzione fra il disturbo schizofrenico e questi altri disturbi dipende dalla relazione temporale tra il disturbo dell'umore e la psicosi e dalla gravità dei sintomi depressivi o maniacali.
- Disturbo schizoaffettivo: richiede che un episodio depressivo maggiore o maniacale si verifichi con la fase attiva dei sintomi e che questi durino per la maggior parte dei periodi attivi.
- Disturbo schizofreniforme e disturbo psicotico breve: si distinguono dalla schizofrenia perché sono di durata inferiore rispetto ad essa.
- Disturbo delirante: Può differenziarsi per l'assenza di alcuni sintomi caratteristici della schizofrenia.
- Disturbo schizotipico di personalità: Esso si differenzia dalla schizofrenia per i sintomi sottosoglia associati a caratteristiche di personalità preesistenti.
- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo da dismorfismo corporeo: questi due disturbi possono mostrare una scarsa consapevolezza dei sintomi, ma si distinguono per i comuni sintomi ossessivi e compulsivi rispetto alla schizofrenia.

- Disturbo post-traumatico da stress: Per porre diagnosi devono essere presenti un evento traumatico e manifestazioni caratteristiche dei sintomi relativi al rivivere o al reagire all'evento.
- Disturbo dello spettro dell'autismo: si differenziano per deficit dell'interazione sociale e disabilità intellettiva.
- Altri disturbi mentali associati ad un episodio psicotico: la diagnosi di schizofrenia viene posta solo quando l'episodio psicotico è persistente e non attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o farmaco.

Comorbilità: Tra i disturbi maggiormente associati alla schizofrenia c'è il disturbo correlato a sostanze (circa la metà degli individui con questo disturbo fuma tabacco), disturbi d'ansia e disturbo ossessivo-compulsivo. L'aspettativa di vita è inferiore rispetto agli individui sani per le complicatezze mediche associate al disturbo come diabete, aumento di peso, malattie cardiovascolari e polmonari.

Disturbo schizoaffettivo

Criteri diagnostici

- A. Un periodo ininterrotto di malattia durante il quale è presente un episodio dell'umore maggiore (depressione maggiore o maniacale) in concomitanza del 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 (sostanza di abuso o farmaco) o ad altra condizione medica.

Specificare se:

- Tipi bipolare: Questo sottotipo si specifica se le manifestazioni cliniche includono un episodio maniacale. Possono verificarsi anche episodi depressivi maggiori.
- Tipo depressivo: Questo sottotipo si applica solamente se le manifestazioni cliniche includono solo episodi depressivi maggiori.

Specificare se:

- Con catatonìa.

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.

- 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 diagnostici 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 i 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, un’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: 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). Nota: la diagnosi di disturbo schizoaffettivo può essere posta senza usare questo specifikatore di gravità.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il disturbo schizoaffettivo si basa sulla valutazione di un periodo ininterrotto di malattia durante il quale l’individuo mostra sintomi attivi o residui della malattia psicotica. I sintomi dell’umore che soddisfano i criteri per un episodio dell’umore maggiore devono essere presenti per la maggior parte della durata della fase attiva e residua della malattia. Se i sintomi dell’umore sono presenti solo per un periodo di tempo relativamente breve allora la diagnosi è di schizofrenia, non di disturbo schizoaffettivo. Spesso è compromesso il funzionamento lavorativo, vi è difficoltà nella cura di sé e contatto sociale limitato. È comune anche una scarsa consapevolezza del disturbo e rischio di sviluppare disturbi depressivi.

La prevalenza del disturbo è dello 0,3% della popolazione ed è maggiormente frequente nelle femmine rispetti ai maschi. L’età tipica di insorgenza è la prima età adulta. L’esito dei sintomi è variabile; i sintomi depressivi o maniacali possono presentarsi prima dell’esordio della psicosi. In generale, il disturbo schizoaffettivo bipolare è più comune fra i giovani adulti, mentre quello depressivo fra gli adulti più grandi. Tra i fattori di rischio/prognosi ci sono fattori genetici e fisiologici. C’è un rischio maggiore tra parenti di primo grado. La cultura è un aspetto importante da tenere in considerazione; idee deliranti tipiche di una cultura possono non esserlo in un’altra. Esiste un rischio suicidario pari al 5%, che aumenta se presenti sintomi depressivi. Questo disturbo causa compromissione nella vita lavorativa e sociale.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Altri disturbi mentali e altre condizioni mediche: Molti sono i disturbi dovuti a condizioni mediche che possono manifestare sintomi psicotici e dell’umore, come ad esempio il delirium, disturbo schizotipico di personalità, disturbo delirante. Per questo motivo è necessario considerare nella diagnosi differenziale questa condizione.
- Disturbo psicotico dovuto ad altra condizione medica: Altre condizioni mediche e l’uso di sostanze possono manifestarsi con una serie di sintomi psicotici e dell’umore e quindi il disturbo psicotico dovuto ad un’altra condizione medica deve essere escluso.
- Schizofrenia, disturbi bipolari e depressivi: spesso è complicato distinguere il disturbo schizoaffettivo da questi disturbi. In genere, comunque, nei disturbi depressivi o bipolarì con

caratteristiche psicotiche, queste si verificano principalmente durante gli episodi di alterazione dell'umore.

Comorbilità: I disturbi comunemente associati a questo disturbo sono i disturbi d'ansia e di abuso di sostanze.

Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci

44

Criteri diagnostici

- A. Presenza di uno o entrambi i 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 non 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, persistono per un consistente periodo di tempo (es. circa un mese) dopo la cessazione dell'astinenza acuta o da 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, scolastico o 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.

Specificare se:

- 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: 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).

Nota: la diagnosi di questo disturbo può essere fatta anche senza questa specifica di gravità.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale del disturbo psicotico indotto da sostanze sono la presenza di deliri, allucinazioni dovuti agli effetti di altre sostanze o farmaci. Questo si distingue da un disturbo psicotico primario considerando l'insorgenza, il decorso e altri fattori. Per le sostanza di abuso è necessaria un'evidenza di una storia, dell'esame obiettivo o da riscontri di laboratorio, di intossicazione o astinenza. Tra i disturbi che si possono trovare associati a intossicazione abbiamo: alcol, cannabis, allucinogeni, sedativi, ipnotici e ansiolitici, inalanti, stimolanti; mentre quelli relativi all'astinenza sono alcol, sedativi, ipnotici e ansiolitici. Tra questi farmaci ci sono anche analgesici, anestetici, antistaminici, antipertensivi e cardiovascolari. Tra le tossine invece ci sono anche vernici o benzina.

La prevalenza di questo disturbo è sconosciuta. L'esordio del disturbo può variare a seconda della sostanza, ad esempio fumare una dose elevata di cocaina induce sintomi psicotici nel giro di pochi minuti, mentre per una dose di alcool elevata ci vogliono ore o addirittura mesi. Il disturbo in genere persiste anche se viene rimossa la causa (abuso di sostanza). Questo disturbo è gravemente invalidante e di solito si fa diagnosi di questo disturbo nel pronto soccorso. La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze: se l'esame di realtà rimane integro allora si fa diagnosi di intossicazione o astinenza da sostanze e non di disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci.
- Disturbo psicotico primario: il disturbo è differente perché, a differenza del disturbo psicotico primario, in quello correlato a sostanze/farmaci si considera una sostanza come eziologicamente correlata ai sintomi.
- Disturbo psicotico dovuto ad un'altra condizione medica: Il disturbo psicotico dovuto ad un'altra condizione medica si differenzia da quello dovuto a sostanze/farmaci per avere una diretta correlazione con la condizione medica sottostante piuttosto che con l'uso del farmaco o con l'esposizione alla sostanza.

Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica

Criteri diagnostici

- A. Preminenti deliri o allucinazioni.
- B. Vi è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo e da riscontri di laboratorio che il disturbo è la conseguenza patofisiologia 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 altre aree importanti.

Specificare quale:

- Con deliri: se i deliri sono il sintomo predominante;
- Con allucinazioni: Se le allucinazioni sono il sintomo predominante

Specificare la gravità attuale: 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).

Nota: La diagnosi di disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica può essere fatta anche senza la specifica della gravità attuale.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è la presenza di deliri e allucinazioni dovuti agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica e che non sono meglio spiegati da un altro disturbo. Le allucinazioni possono manifestarsi in qualsiasi modalità sensoriale e variano da semplici a molto complesse e organizzate. La prevalenza è molto complicata da stimare, essendo le condizioni mediche sottostanti molto numerose. In genere, comunque, dopo i 65 anni si ha una prevalenza maggiore rispetto a individui più giovani.

Il disturbo psicotico dovuto ad un'altra condizione medica può essere transitorio, ricorrente o ciclico. In genere, rimuovendo la condizione medica, anche i sintomi si attenuano. La diagnosi e la prognosi dipendono dalla condizione medica sottostante. Un'enorme varietà di condizioni mediche possono causare sintomi psicotici, tra cui condizioni neurologiche (es. neoplasie, epilessia, sclerosi multipla), condizioni endocrine (es. iper e ipotiroidismo); condizioni metaboliche (es. ipoglicemia, ipossia), malattie epatiche e renali, disturbi autoimmuni del sistema nervoso centrale. Il rischio di suicidio non è chiaramente delineato, anche se la combinazione di epilessia e sclerosi multipla risulta associata ad un più alto rischio di suicidio. Questo disturbo crea un malfunzionamento della vita sociale e lavorativa grave, variabile in base alla remissione della condizione medica sottostante.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Delirium: se i sintomi avvengono solo durante il delirium, allora la diagnosi di disturbo psicotico dovuto ad altra condizione medica non viene posta.
- Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci: I due disturbi condividono gli stessi sintomi, ma si differenziano per il fatto che nel disturbo psicotico dovuto ad un'altra condizione medica questi sono indotti dalla condizione medica sottostante e non dall'esposizione o assunzione di farmaci/sostanze.
- Disturbo psicotico: nel disturbo psicotico non c'è una diretta correlazione fra sintomi psicotici e condizione medica sottostante, come invece avviene nel disturbo psicotico dovuto a condizione medica.

Comorbilità: questo disturbo è frequentemente associato a demenza, se gli individui hanno più di 80 anni.

Catatonía

La catatonía può verificarsi in associazione a vari disturbi. Il DSM-5 non tratta la catatonía come una classe indipendente ma riconosce:

- a. la catatonía associata ad un altro disturbo mentale
- b. dovuta a un'altra condizione medica
- c. senza specificazione.

47

La caratteristica essenziale della catatonía è un grave disturbo psicomotorio, che può comportare una diminuzione dell'attività motoria (moderata o grave) e una diminuzione del contatto (grave o moderato).

Catatonía associata a un altro disturbo mentale (specificatore della catatonía)

Criteri diagnostici

- A. Il quadro clinico è dominato da tre (o più) dei seguenti sintomi:
- 1. Stupor : nessuna attività psicomotoria, non è presente relazione attiva con l'ambiente.
 - 2. Catalessia: induzione passiva di una postura mantenuta contro la gravità.
 - 3. Flessibilità cerea: leggera resistenza costante a una modifica posturale del soggetto indotta dall'esaminatore.
 - 4. Mutismo: risposta verbale assente o molto scarsa (da escludere se c'è afasia).
 - 5. Negativismo: oppositività o nessuna risposta a stimoli esterni.
 - 6. Postura fissa : mantenimento spontaneo e attivo di una postura contro la gravità.
 - 7. Manierismo: caricature artificiose e stravaganti delle azioni normali.
 - 8. Stereotopia: movimenti ripetitivi afinalistici, abnormemente frequenti.
 - 9. Agitazione non influenzata da stimoli esterni.
 - 10. Presenza di *grimace* (smorfie).
 - 11. Ecolalia: imitazione/ripetizione dell'eloquio altrui.
 - 12. Ecoprassia: imitazione/ripetizione di movimenti altrui.

La catatonía si diagnostica di solito in contesti di ricovero e si manifesta nel 35% dei pazienti affetti da schizofrenia. La catatonía potrebbe anche essere l'effetto collaterale di un farmaco e potrebbe anche derivare da una sindrome neurolettica maligna.

Disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica

Criteri diagnostici

- A. Il quadro clinico è denominato da tre (o più) dei seguenti sintomi:
- 1. Stupor : nessuna attività psicomotoria, non è presente relazione attiva con l'ambiente.
 - 2. Catalessia: induzione passiva di una postura mantenuta contro la gravità.
 - 3. Flessibilità cerea: leggera resistenza costante a una modifica posturale del soggetto indotta dall'esaminatore.
 - 4. Mutismo: risposta verbale assente o molto scarsa (da escludere se c'è afasia).
 - 5. Negativismo: oppositività o nessuna risposta a stimoli esterni.
 - 6. Postura fissa : mantenimento spontaneo e attivo di una postura contro la gravità.
 - 7. Manierismo: caricature artificiose e stravaganti delle azioni normali.
 - 8. Stereotopia: movimenti ripetitivi afinalistici, abnormemente frequenti.

9. Agitazione non influenzata da stimoli esterni.
10. Presenza di *grimace* (smorfie).
11. Ecolalia: imitazione/ripetizione dell'eloquio altrui.
12. Ecoprassia: imitazione/ripetizione di 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. episodio maniacale).
- D. Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium.
- E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o in altre aree importanti.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è che la catatonìa sia dovuta agli effetti di un'altra condizione medica. Ovviamente la diagnosi non viene posta se meglio spiegata da altro disturbo mentale o se si verifica solo durante il delirium. Molte condizioni mediche possono causare catatonìa, come condizioni neurologiche (neoplasie, trauma cranico, encefaliti); condizioni metaboliche (es. ipercalcemia) ecc. La diagnosi di questo disturbo non viene posta se si verifica solo in corso di delirium o durante una condizione neurolettica.

Catatonìa senza specificazione

Questa categoria si applica a manifestazioni i cui sintomi caratteristici della catatonìa causano disagio significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative o in altre aree importanti, ma la natura del sottostante disturbo mentale o dell'altra condizione medica non è chiara, i criteri per la catatonìa non sono soddisfatti pienamente o non vi sono informazioni sufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es. in contesti di pronto soccorso).

Disturbo dello spettro della schizofrenia o altri disturbi psicotici con altra specificazione

Questa categoria si applica a manifestazioni i cui sintomi caratteristici del disturbo dello spettro della schizofrenia, che causano disagio significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi della classe diagnostica dei disturbi della classe 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.

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 preesistenti con periodi di sovrapposizione di episodi di alterazione dell'umore, presenti per una parte sostanziale della condizione delirante.
3. Sindrome psicotica attenuata: Questa sindrome è caratterizzata da sintomi di tipo psicotico che sono al di sotto della soglia di diagnosi 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.

49

Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione

Questa categoria si applica a manifestazioni i cui sintomi caratteristici del disturbo dello spettro della schizofrenia, che causano disagio significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi della classe diagnostica dei disturbi della classe 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 non specificare la ragione specifica per cui i criteri per uno specifico nessuno 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 posti nei capitoli dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici e disturbi depressivi, riconoscendo la loro posizione come un ponte fra due classi diagnostiche in termini di sintomatologia, storia familiare e genetica. In questo capitolo troviamo quindi i seguenti disturbi:

- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Disturbo ciclotimico
- Disturbo bipolare e disturbi correlati indotti da sostanze/farmaci
- Disturbo bipolare e disturbi correlati indotti da un'altra condizione medica
- Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione
- Disturbo bipolare e disturbi correlati senza altra specificazione.

50

Disturbo Bipolare I

Criteri diagnostici

Per la diagnosi di disturbo bipolare I è necessario soddisfare i criteri per un episodio maniacale. L'episodio maniacale può essere preceduto o 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 una settimana e presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (o di qualsiasi durata, se necessaria l'ospedalizzazione);
- B. Durante il periodo di alterazione dell'umore o di aumento di energia o attività 3 (o più) dei seguenti sintomi (4, se l'umore è solo irritabile) sono presenti ad 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. Distrattività (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 (attività immotivata, non finalizzata).
 7. Eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (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, 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 (una sostanza di abuso, un farmaco) o ad un'altra condizione medica.

Nota: un episodio maniacale completo che emerge durante un trattamento antidepressivo, 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 durante l'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 o di aumento di energia o attività 3 (o più) dei seguenti sintomi (4, se l'umore è solo irritabile) sono presenti ad un livello significativo e rappresentano un cambiamento evidente rispetto al comportamento abituale e si manifestano a livello significativo:
 - 1. Autostima ipertrofica o grandiosità.
 - 2. Diminuito bisogno di sonno (per es. sentirsi riposati/e solo dopo 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 (attenzione facilmente deviata da stimoli esterni non importanti e non pertinenti) 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 (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 assintomatico.
- D. L'alterazione dell'umore e il cambiamento del 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 ospedalizzazione. Se sono presenti manifestazioni psicotiche, l'episodio è, per definizione, maniacale.
- F. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica.

Nota: Un episodio ipomaniacale completo che emerge durante un trattamento antidepressivo (farmaci, terapia elettroconvulsiva), ma che persiste ad un livello sindromico completo oltre l'effetto fisiologico del trattamento, costituisce un'evidenza sufficiente per porre 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 diagnosi bipolare.

Nota: i criteri A-F costituiscono un episodio ipomaniacale; episodi ipomaniacali sono comuni nel disturbo bipolare, ma non sono richiesti per fare diagnosi di disturbo bipolare I.

Episodio depressivo maggiore

- A. 5 (o più) dei seguenti sintomi sono stati presenti contemporaneamente 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/piacere.

Nota: non comprendere sintomi chiaramente attribuibili ad un'altra condizione medica.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (es. si sente triste, vuoto/a, disperato/a), o come osservato dagli altri (es. appare lamentoso/a). Nota: nei bambini o 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 di 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 psicomotorio quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a, rallentato/a).
 6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.
 7. Sentimenti di autosvalutazione o colpa eccessivi e 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, di concentrarsi o indecisione quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva od 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 ad 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 farne diagnosi.

Disturbo bipolare I

- A. Sono stati soddisfatti i criteri per almeno un episodio maniacale (Criteri A-D sotto “episodio maniacale”).
- B. Il verificarsi dell'episodio (o episodi) maniacale e depressivo maggiore non è meglio spiegato da un altro disturbo schizoaffettivo, da schizofrenia, da disturbo schizofreniforme, da un disturbo delirante o da un disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con o senza altra specificazione.

Specificare se:

- Con ansia
- Con caratteristiche miste
- Con cicli rapidi
- Con caratteristiche melanconiche
- Con caratteristiche atipiche
- Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore
- Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore
- Con catatonìa
- Con esordio nel peripartum
- Con andamento stagionale.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

In un episodio maniacale, l'umore viene spesso descritto come euforico, eccessivamente allegro, di tono elevato, come ad esempio sentirsi "al settimo cielo". Durante un episodio maniacale l'individuo può impegnarsi in molte attività anche non avendone conoscenza e tutto sembra alla sua portata. E' presente generalmente un'autostima che va da un'elevata fiducia in se stessi fino alla grandiosità; sono comuni, infatti, deliri di grandezza. Un'altra caratteristica è il bisogno ridotto di sonno; possono sentirsi forti, riposati ed energici anche dopo solo 2-3 ore di sonno. Per quanto riguarda l'eloquio è spesso scherzoso, presenta un forte gesticolare e i pensieri viaggiano molto veloci. Mostrano inoltre un aumento della libido, dei comportamenti e desideri sessuali e difficilmente, dato che mostrano scarsa consapevolezza, sono disposti a farsi aiutare.

L'età media di esordio del primo episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo maggiore è circa 18 anni. Tra i fattori di rischio/prognosi troviamo fattori ambientali (il disturbo bipolare è più diffuso nei paesi ad alto reddito e tra individui separati, divorziati o vedovi), fattori genetici e fisiologici (una storia di disturbo bipolare predispone maggiormente e il rischio aumenta con l'aumentare del grado di parentela). Inoltre, negli individui con disturbi bipolarì appare più elevato il rischio di suicidio, di almeno 15 volte superiore rispetto a individui senza il disturbo.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con :

- Disturbo depressivo maggiore: quando un individuo manifesta sintomi depressivi maggiori si deve indagare la sua storia di episodi ipomaniacali o maniacali.
- Altri disturbi bipolarì: la diagnosi di disturbo bipolare I si differenzia da quella di disturbo bipolare II per la presenza o meno di episodi di mania pregressi; mentre il disturbo bipolare I deve essere distinto dal disturbo bipolare dovuto ad un'altra condizione medica per una condizione medica correlata casualmente.
- Disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di panico, disturbo da stress post-traumatico o altri disturbi d'ansia: Tutti questi disturbi, nella diagnosi differenziale, devono essere considerati in comorbilità. Per differenziare i comportamenti ansiosi dal disturbo bipolare è necessaria un'attenta valutazione della storia dei sintomi, dei fattori di innesco e della natura degli stessi.
- Disturbo bipolare indotto da sostanze/farmaci: Il disturbo bipolare indotto da sostanze/farmaci è direttamente correlato con l'assunzione o l'esposizione ad una sostanza o farmaco, cosa che non avviene nel disturbo bipolare I.
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività: Molto spesso questo disturbo può venire diagnosticato per errore al posto del disturbo bipolare, soprattutto nei bambini e negli adolescenti. Questo avviene perché i due disturbi condividono molti sintomi come rapidità dell'eloquio, fuga dai pensieri, distraibilità. La differenza sta nel fatto che i sintomi rappresentano un episodio distinto.
- Disturbi di personalità: I disturbi di personalità e quelli bipolarì condividono la labilità dell'umore e l'impulsività, ma per diagnosticare il disturbo bipolare questi devono rappresentare un episodio definito e dev'esserci un grosso aumento del tono dell'umore, al di sopra del comportamento di base.
- Disturbi con irritabilità prominente: Questa particolare classe di disturbi necessita di molta attenzione soprattutto nei bambini e negli adolescenti. Si dovrebbe infatti fare diagnosi di disturbo bipolare solo se c'è stato un episodio evidente di mania o ipomania; altrimenti, anche in caso di forte irritabilità, sarebbe più adeguata la diagnosi di disturbo da disgregazione dirompente dell'umore.

Comorbilità: A questo disturbo possono essere spesso associati: disturbi d'ansia, DDAI, disturbo da disgregazione dirompente dell'umore o disturbo della condotta e disturbo di abuso da sostanze.

Disturbo bipolare II

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:

54

Episodio ipomaniacale

- A. Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e di 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 o di aumento di energia o attività tre (o più) dei seguenti sintomi (quattro se l'umore è solo irritabile) sono presenti e 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 dopo sole 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. Distrattività (cioè attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o pertinenti) riferita od 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 (es. acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti, o investimenti finanziari avventati).
- C. L'episodio è associato ad un cambiamento inequivocabile del funzionamento, che non è caratteristico dell'individuo quando è asintomatico.
- D. L'alterazione dell'umore e il cambiamento del 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 (es. sostanza di abuso, farmaco o trattamento).

Nota: un episodio ipomaniacale completo che emerge durante un trattamento antidepressivo (es. farmaci, terapia anticonvulsiva), 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 dell'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 diagnosi bipolare.

Episodio depressivo maggiore

- A. 5 (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

Note: 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 (es. si sente triste, amareggiato/a, vuoto/a) o come osservato da altri (es. appare lamentoso/a). Nota: Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.
 2. Marcata di munizione 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 ad una dieta, o aumento di peso (es. 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 colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti) quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimento di colpa per essere ammalata/o).
 8. Ridotta capacità di pensare o concentrarsi o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o 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 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 ad un'altra condizione medica.

Note: I criteri A – C costituiscono un episodio depressivo maggiore.

Nota: Risposte ad una perdita significativa (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 somigliare 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.

Disturbo bipolare II

Criteri diagnostici

- 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/i e dell'episodio/i depressivo maggiore non è meglio spiegato da un disturbo schizoaaffettivo, 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.

Specificare l'attuale o più recente episodio:

- Ipomaniacale
- Depressivo.

Specificare se:

- Con ansia
- Con caratteristiche miste
- Con cicli rapidi
- Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore
- Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore
- Con catatonìa
- Con esordio nel peripartum
- Con andamento stagionale (si applica solo all'andamento degli episodi depressivi)

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 non sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio di alterazione dell'umore:

- Lieve
- Moderato
- Grave

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il disturbo bipolare II è caratterizzato da frequenti episodi di alterazione dell'umore che possono consistere in uno o più episodi depressivi maggiore e in almeno uno ipomaniacale. Per poter soddisfare i criteri, l'episodio/i depressivo/i deve durare almeno 2 settimane, mentre quello ipomaniacale almeno 4 giorni. Questi episodi non devono risultare meglio spiegati da altri disturbi schizofrenici, schizofreniforme, delirante, dello spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici con o senza atra specificazione. Inoltre questi episodi depressivi devono causare una compromissione nel funzionamento in aree importanti di vita, come l'ambito sociale o lavorativo.

Gli individui con disturbo bipolare II generalmente si lamentano degli episodi depressivi, mentre raramente si lamentano dell'ipomania, dal momento che non causa una compromissione così importante. Talvolta gli episodi ipomaniacali non vengono considerati, dai pazienti stessi, come comportamenti patologici o problematici, nonostante all'osservazione di altri lo siano. Informazioni cliniche da parte di altri informatori, come familiari o partner, sono spesso utili per porre la diagnosi.

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. Rispetto ad individui con disturbo

bipolare I, infatti, individui con disturbo bipolare II hanno una maggiore cronicità e passano più tempo nella fase depressiva del loro disturbo, che può essere grave e disabilitante. Una caratteristica comune agli individui con disturbo bipolare II è l'**impulsività**, che può derivare anche da disturbi associati come disturbi di personalità, di abuso da sostanze, d'ansia. Questa impulsività è importante perché può contribuire all'aumento del rischio di suicidio e di abuso da sostanze in questi individui. Inoltre può verificarsi un aumento della creatività; tuttavia, tale relazione tra l'aumentata creatività e la gravità del disturbo può non essere lineare. L'attaccamento dell'individuo all'accresciuta creatività durante gli episodi ipomaniaci può contribuire all'ambivalenza nei confronti del trattamento, o minarne l'aderenza.

Il DB-II ha una prevalenza dello 0,3% e in genere esordisce a metà della terza decade, nonostante possa comparire anche in tarda adolescenza o in età adulta. La patologia comincia spesso con un episodio depressivo e non viene riconosciuta come DB-II finché non si verifica un episodio ipomaniacale. Anche i disturbi d'ansia, da uso di sostanze o dell'alimentazione possono precedere la diagnosi, complicando la sua individuazione. Il numero di episodi lifetime tende ad essere più elevato per il DB-II rispetto al depressivo maggiore o DB-I. Mentre l'episodio ipomaniacale è la caratteristica che definisce il DB-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 DB-II e non si converte mai in disturbo depressivo maggiore.

Porre la diagnosi nei bambini è complicato soprattutto in bambini con forte irritabilità, che di per sé è associata ad un rischio di disturbi d'ansia e depressivo maggiore in età adulta, ma non con il disturbo bipolare. Se diagnosticato in età pediatrica, in età adulta avrà un esito peggiore e più grave di un disturbo bipolare diagnosticato in età adulta.

Tra i fattori di rischio e prognosi troviamo:

- fattori genetici e fisiologici: il rischio di DB-II tende ad essere più alto nei parenti degli individui con DB-II al contrario del DB-I o depressivo maggiore. Possono inoltre esservi fattori genetici che influenzano l'età di esordio dei disturbi bipolarì.
- Modificatori del decorso: un pattern con cicli rapidi è associato a una prognosi peggiore. Il ritorno al precedente livello di funzionamento sociale è più probabile per 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 modificatori del decorso associati a questa patologia.

Rispetto al genere, la prevalenza del disturbo bipolare I è simile nei maschi e nelle femmine, mentre per il disturbo bipolare II è mista, e molto dipende dal tipo di campione e dal paese di origine. Un aspetto da non sottovalutare nel DB-II è il rischio di suicidio; circa 1/3 dei pazienti con disturbo bipolare II ha tentato almeno una volta il suicidio. Gli individui con DB-II presentano risultati più scarsi nei test cognitivi (tranne nella memoria e nella fluidità semantica) e le loro prestazioni sono sovrapponibili a quelle di individui con DB-I. Una prolungata disoccupazione negli individui con DB 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.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbo depressivo maggiore: questa è una diagnosi differenziale molto impegnativa perché il disturbo depressivo maggiore può essere accompagnato da sintomi maniacali e ipomaniaci che non

soddisfano pienamente i criteri, soprattutto quando si è in presenza di individui con forte irritabilità, che può essere associata sia a disturbo depressivo maggiore che a disturbo bipolare II.

- Disturbo ciclotimico: Il disturbo bipolare II si distingue dal disturbo ciclotimico per la presenza di uno o più episodi depressivi maggiori. Se, infatti, dopo i primi 2 anni di disturbo ciclotimico si presenta un episodio depressivo maggiore, allora si aggiunge la diagnosi di DB-II.
- Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici: tutti i disturbi psicotici quali schizofrenia, schizoaffettivo e disturbo delirante sono caratterizzati da periodi con sintomi psicotici che si verificano in assenza di prominenti sintomi dell'umore.
- Disturbi da panico e altri disturbi d'ansia: questi disturbi possono essere considerati anche come disturbi associati.
- Disturbo da uso da sostanze: la differenza fra i due disturbi è che in questo caso i sintomi sono correlati direttamente all'uso/abuso di una sostanza.
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI): questo disturbo, soprattutto nei bambini e negli adolescenti, può essere facilmente scambiato per disturbo bipolare II; ma il clinico può chiarire la differenza cercando di capire se i sintomi rappresentano un episodio definito e se è presente un aumento oltre la condizione base per il DB-II.
- Disturbi di personalità: Anche in questo caso i sintomi devono rappresentare un episodio definito e ci deve essere un aumento considerevole delle condizioni base per il disturbo bipolare II.
- Altri disturbi bipolari: La diagnosi di DB-II andrebbe differenziata da quella di DB-I considerando se vi siano stati in passato episodi di mania.

Comorbilità: Il disturbo bipolare II spesso è associato con i disturbi d'ansia, con altri disturbi bipolari o da abuso da sostanze.

Disturbo ciclotimico

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 o 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 ad un'altra condizione medica (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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica principale del disturbo ciclotimico è un'alterazione dell'umore cronica e fluttuante che implica periodi di episodi ipomaniacali e depressivi, distinti uni dagli altri. Nei primi 2 anni (1, se bambini o adolescenti) i sintomi devono essere persistenti. Se un individuo con disturbo ciclotimico, dopo i primi 2 anni, presenta un episodio depressivo maggiore, maniacale o ipomaniacale la diagnosi diventerà di disturbo depressivo maggiore, bipolare I o bipolare con o senza altra specificazione. Inoltre il disturbo ciclotimico non viene diagnosticato se i sintomi sono meglio spiegati da un altro disturbo e questi non devono risultare l'effetto fisiologico di una sostanza o di un'altra condizione medica. In ultimo deve manifestarsi una compromissione delle aree lavorative, sociali o in altre aree importanti della vita quotidiana.

Il disturbo ciclotimico emerge in adolescenza o nella prima età adulta, con esordio insidioso e decorso persistente. Tra i bambini, invece, l'esordio avviene intorno ai 6 anni e mezzo. Non esiste una prevalenza del disturbo fra maschi e femmine, nonostante sia più probabile che venga posta richiesta di trattamento dalle femmine, piuttosto che dai maschi.

Tra i più comuni fattori di rischio e prognosi troviamo i fattori genetici: esiste un rischio più alto fra i parenti di I grado degli individui con disturbo ciclotimico di sviluppare un disturbo depressivo maggiore, bipolare I o II, rispetto alla popolazione generale.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica e disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica: questi disturbi possono essere diagnosticati quando i sintomi derivano da una condizione medica, di solito cronica, valutata sulla base dell'esame obiettivo, di dati da laboratorio e da un'attenta valutazione clinica.
- Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci e disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci: questi disturbi vengono distinti dal disturbo ciclotimico se si giudica che una sostanza/farmaco sia eziologicamente correlata all'alterazione dell'umore.
- Disturbo bipolare I, con cicli rapidi, e disturbo bipolare II, con cicli rapidi: questi due disturbi si differenziano dal disturbo ciclotimico perché in quest'ultimo non è stato mai presente un episodio depressivo maggiore, mentre la dicitura "con cicli rapidi" di entrambi i disturbi bipolarì indica la presenza di episodi di alterazione dell'umore completi.
- Disturbo borderline di personalità: Se soddisfatti entrambi i criteri per tutti e due i disturbi si porranno entrambe le diagnosi.

Comorbilità: i principali disturbi associati al disturbo ciclotimico sono i disturbi correlati a sostanze e i disturbi del sonno e, nei bambini, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività.

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 un umore elevato, espanso o irritabile, con o senza umore depresso o marcata riduzione di interesse o piacere in tutte, o quasi, le attività.
- B. C'è evidenza da storia, esame obiettivo o riscontri di laboratorio di 1) o 2):
 1. I sintomi del Criterio A si sono sviluppati durante o subito dopo un intossicazione o astinenza da sostanze oppure dopo l'esposizione ad un farmaco.
 2. La sostanza/farmaco coinvolta è in grado di produrre i sintomi riportati nel 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 (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 o disturbo correlato 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.

Specificare se:

- 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 e i sintomi si verificano si sviluppano durante, o poco dopo, l'astinenza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Le caratteristiche diagnostiche sono molto simili a quelle di mania, ipomania e depressione ma questi sintomi si verificano solo dopo l'assunzione di farmaci antidepressivi o altri trattamenti e persistono aldilà degli effetti fisiologici del farmaco. I farmaci normalmente associati al disturbo bipolare o indotto da sostanze/farmaci comprendono la classe dei farmaci stimolanti, come fenciclidina e steroidi. Negli stadi maniacali o ipomaniacali indotti da stimolanti la risposta può avvenire entro pochi minuti-un'ora dall'ingestione o inalazione, ma essendo l'episodio molto breve si risolve nel giro di 1 o 3 giorni. Nel caso di corticosteroidi e di alcuni farmaci immunosoppressori, la mania si manifesta solo dopo alcuni giorni.

Per quanto concerne i marker diagnosticci, la determinazione della sostanza d'uso può essere fatta attraverso marker ematici o urinari al fine di corroborare la diagnosi.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con tutti gli altri disturbi bipolarì, disturbo da intossicazione da sostanze, oppure delirium indotto da sostanze o dagli effetti indesiderati dei farmaci.

Comorbilità: Questi disturbi si trovano spesso associati all'uso di sostanze illecite oppure a farmaci stimolanti.

Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto ad 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 patofisiologia 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.

Specificare se:

- Con caratteristiche maniacali: non sono soddisfatti pienamente tutti i criteri per un episodio maniacale o ipomaniacale.
- Con esordio 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.
- Con caratteristiche miste: sono presenti anche sintomi di depressione, ma non predominano nel quadro clinico.

61

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è quella di presentare un umore anormalmente elevato, irritabile, espanso che predomina nel quadro clinico ed è una conseguenza di un'altra condizione medica (criterio B). In genere, l'episodio maniacale o ipomaniacale compare entro 1 mese dalla condizione medica, anche possono verificarsi delle eccezioni. Questa diagnosi non va posta nel corso di un delirium e deve causare forti limitazioni in aree importanti della vita dell'individuo (criterio E). Tra le condizioni mediche più conosciute associate a questo disturbo vi sono il morbo di Cushing e la sclerosi multipla, ictus o danni cerebrali da trauma. Esso ha un esordio solitamente acuto, entro il primo mese dalla condizione medica associata. La ricaduta della condizione medica può precedere l'esordio dell'episodio ipomaniacale o maniacale.

Per quanto concerne le differenze di genere, esse riguardano principalmente differenze sottostanti la condizione medica associata, come l'ictus (più frequente nei maschi rispetto alle femmine). Le conseguenze del disturbo bipolare associato alla condizione medica possono acutizzare problematiche connesse alla condizione medica stessa. La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Sintomi di delirium, catatonìa e ansia acuta: è importante differenziare i sintomi maniacali da quelli derivanti da ansia, delirium o catatonìa.
- Sintomi depressivi o maniacali indotti da farmaci: Questi sintomi sono indotti da farmaci e non dipendono dalla condizione medica sottostante.

Comorbilità: le condizioni in comorbilità sono quelle associate alle condizioni mediche di rilevanza eziologica, es. morbo di Cushing.

Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui 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 o 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 o altri disturbi correlati. Questo viene fatto registrando "disturbo bipolare e 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:

- Episodi ipomaniacali di breve durata (2-3 giorni) ed episodi depressivi maggiori.
- Episodi ipomaniacali con sintomi insufficienti ed episodi depressivi maggiori.
- Episodio ipomaniacale senza precedente episodio depressivo.
- Ciclotimia di breve durata (meno di 24 mesi).

Disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui 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 o 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 specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo bipolare e disturbi correlati non sono soddisfatti, e comprende le manifestazioni in cui vi sono informazioni insufficienti per porre diagnosi più specifica (es. in contesti di pronto soccorso)

Specificare se:

Con ansia: La presenza di almeno 2 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: 2 sintomi.
- Moderata: 3 sintomi.
- Moderatamente grave: 4-5 sintomi.
- Grave: 4-5 sintomi con agitazione motoria.

Nota: Il disagio dovuto all'ansia è stato osservato come una caratteristica rilevante sia nel disturbo depressivo maggiore sia nel disturbo bipolare, in contesti sia di assistenza primaria sia specialistici di salute mentale. Alti livelli d'ansia sono associati ad un maggior rischio di suicidio, 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 monitoraggio della risposta al trattamento.

- Con caratteristiche miste: Lo specificatore con caratteristiche miste si può applicare all'attuale episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo nel disturbo bipolare I o 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 3 dei seguenti sintomi, durante la maggior parte dei giorni dell'attuale o più recente episodio di mania o ipomania:

- 6. Disforia rilevante o umore depresso come riportato dall'individuo (es. si sente solo/a, vuoto/a) o dall'osservazione fatta da altri (es. l'individuo sembra sul punto di piangere).
- 7. Diminuito interesse o piacere in tutte o quasi tutte le attività (come indicato dalla considerazione soggettiva o dall'osservazione fatta da altri).
- 8. Rallentamento psicomotorio quasi tutti i giorni (osservabile da altri, non semplicemente l'impressione soggettiva di essere rallentati).
- 9. Faticabilità o mancanza di energia.
- 10. Sentimenti di autosvalutazione o colpa eccessivi o inappropriati (non semplicemente autoaccusa o sentimento di colpa per il fatto di essere ammalato/a).
- 11. 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 (di abuso, farmaco o altro trattamento).

Episodio depressivo, con caratteristiche miste:

- A. Sono soddisfatti tutti i criteri per un episodio depressivo maggiore e sono presenti almeno 3 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 (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 (es. una sostanza di abuso, farmaco o 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 disturbo bipolare II. Di conseguenza è clinicamente utile osservare la presenza di questo specificatore per la pianificazione del trattamento e il monitoraggio della risposta ad esso.

- **Con cicli rapidi** (può essere applicato al bipolare I o bipolare II): presenza di almeno 4 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 ad un episodio di polarità opposta (es. da episodio depressivo maggiore a episodio maniacale).

La caratteristica essenziale del disturbo bipolare con cicli rapidi è il verificarsi di 4 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 da una polarità a quella opposta. Gli episodi maniacali e ipomaniacali sono considerati dello stesso polo. Ad 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 pattern a cicli rapidi sono esclusi quegli episodi causati direttamente da una sostanza (es. cocaina, corticosteroidi) o da un'altra condizione medica.

- **Con caratteristiche melanconiche:**

- A. Durante il periodo di maggior gravità dell'episodio attuale, è presente uno dei seguenti sintomi:
 1. Perdita di piacere per tutte, o quasi, 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 (almeno 2 ore prima del risveglio abituale).
 4. Marcato rallentamento o agitazione psicomotoria.
 5. Anoressia significativa o perdita di peso.
 6. Sentimenti di colpa eccessivi o inappropriati.

Nota: lo specificatore “con caratteristiche melanconiche” si applica se queste caratteristiche sono presenti nella fase più grave dell'episodio. Vi è un assenza pressoché completa, e non semplicemente una riduzione, della capacità di provare piacere. Un indizio importante per valutare la mancanza di reattività dell'umore è che anche gli eventi altamente desiderati non sono associati ad 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 melanconiche” viene provata da individui come qualitativamente diversa da quella provata durante un episodio depressivo non melanconico. 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 ed osservabili anche da altri. Le caratteristiche melanconiche mostrano solo una modesta tendenza a ripresentarsi in altri episodi nello stesso individuo. Sono più frequenti nei pazienti ricoverati rispetto a 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 melanconiche.

- 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 e 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 e lavorativa.
 - C. Non sono soddisfatti i criteri per il tipo "con caratteristiche melanconiche" o "con catatonìa" durante lo stesso episodio.

Nota: La "depressione atipica" ha un significato storico (cioè atipica in contrapposizione alla più classiche manifestazioni della depressione 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 manifestazioni clinica insolita o non comune, come il termine potrebbe indicare. La reattività dell'umore è la capacità di rallegrarsi quando si è posti di fronte a eventi positivi (per es. una visita da parte di bambini, ricevere complimenti). L'umore può diventare **eutimico** (non triste) anche per periodi di tempo prolungati, se le circostanze esterne restano favorevoli. L'aumento dell'appetito può manifestarsi con un evidente aumento dell'assunzione di cibo o con l'aumento di peso. L'ipersonnia può comprendere sia un periodo 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 che 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 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 comprendere tematiche di sospettosità o paranoia soprattutto nei confronti di dubbi di altri circa la capacità dell'individuo, i risultati e così via.
- Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore: il contenuto dei deliri e allucinazioni non è coerente con la polarità delle tematiche dell'episodio oppure il contenuto è misto di tematiche congruenti e non congruenti all'umore.
- Con catatonìa: 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 *catatonìa associata ad un disturbo mentale*.
- Con esordio nel peripartum: questo specificatore si può applicare all'attuale oppure, se non sono attualmente soddisfatti i criteri per un episodio dell'umore, al più recente episodio di mania, ipomania o depressione maggiore nel disturbo bipolare I o 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 che nel peripartum. Anche se le stime variano in base al periodo di follow-up dopo il parto, il 3-6% delle donne sperimenterà l'esordio di un episodio depressivo maggiore durante la gravidanza oppure nelle settimane-mesi successivi al parto. Così, questi episodi vengono complessivamente riportati come "episodi peripartum". Le donne con episodi depressivi maggiori peripartum spesso presentano ansia acuta o attacchi di panico. Studi prospettici hanno dimostrato che sintomi ansiosi durante la gravidanza o il cosiddetto "baby blues" aumentano il rischio di episodio depressivo maggiore postpartum. Gli episodi dell'umore nel peripartum possono presentarsi 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 (es. 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 a 500 fino a 1 a 1000 parti e possono essere più comuni nelle 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 in quelle con una storia precedente di disturbo depressivo o bipolare (specialmente bipolare I) e in quelle con una storia familiare di disturbo bipolare. Una volta che una donna ha avuto un episodio postpartum con caratteristiche psicotiche, il rischio di ricomparsa ad ogni parto successivo si attesta 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 fondamentale è l'andamento stagionale regolare di almeno un tipo di episodio (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 II vi è stata una relazione temporale regolare fra l'esordio di episodi maniacali, ipomaniaci e depressivi maggiori e un particolare periodo dell'anno (es. autunno, 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 della depressione maggiore alla mania o ipomania e viceversa) si verificano in un caratteristico periodo dell'anno (es. la depressione scompare in primavera).
 - C. Negli ultimi 2 anni, gli episodi maniacali, ipomaniaci 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 dei 2 anni.
 - D. Manie, ipomanie e depressioni stagionali superano sostanzialmente per numero ogni mania, ipomania e 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, II o depressivo maggiore ricorrente. La caratteristica essenziale riguarda l'esordio e la remissione degli episodi depressivi maggiori in periodi specifici dell'anno. Nella maggior parte dei casi, gli episodi iniziano in autunno o in inverno e si risolvono in primavera. Meno comunemente possono esservi episodi depressivi maggiori estivi ricorrenti. Questo pattern di esordio e remissione degli episodi deve essersi verificato durante un periodo di almeno 2 anni. Inoltre, nel corso della vita di un 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 (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 bipolare II che nel 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 la 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 maggiore 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: si basa sul numero di sintomi dei criteri, sulla gravità di tali sintomi e sul grado di disabilità funzionale che ne deriva.

- Lieve: pochi, se presenti, 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 lavorativo, sociale e adattivo.
- Moderata: Il numero dei sintomi, l'intensità degli stessi e/o la compromissione funzionale sono tra quelli definiti come "lieve" o "grave".
- Grave: il numero dei 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 comprendono:

- disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- disturbo depressivo maggiore
- disturbo depressivo persistente (distimia)
- disturbo disforico premestruale
- disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
- disturbo espressivo dovuto a un'altra condizione medica
- disturbo depressivo con altra specificazione
- disturbo depressivo senza specificazione.

68

Nel DSM-IV il disturbo depressivo era compreso nei disturbi bipolari e correlati, Nel DSM-5 questo capitolo è stato separato.

La caratteristica comune è un umore triste, vuoto o irritabile con manifestazioni cognitive o somatiche che incidono sul funzionamento dell'individuo. Al fine di far fronte alla preoccupazione relativa al rischio di sovradiagnosi e 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.

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente

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, 3 o 4 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 periodi 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 2 o 3 contesti (ad es., a casa, a scuola, con i coetanei) e sono gravi in almeno un di questi.
- G. La diagnosi non dovrebbe essere posta per la prima volta prima dei 6 anni d'età oppure dopo i 18 anni d'età.
- H. Dall'anamnesi o dall'osservazione, l'età di esordio dei criteri A-D 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.
- 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 da separazione, disturbo depressivo persistente (distimia).

Nota: questa diagnosi non può coesistere con il disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo esplosivo intermittente o 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 e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è una grave irritabilità che si manifesta con frequenti scoppi di rabbia sia a livello fisico che verbale. Questo umore irritabile deve essere presente nel bambino quasi tutti i giorni ed essere evidente a chi si occupa del bambino stesso. Questa manifestazione deve essere distinta dal disturbo bipolare pediatrico. L'esordio avviene prima dei 10 anni di età e la diagnosi non deve essere posta in bambini con età inferiore a 6 anni. Tra i fattori di rischio/prognosi abbiamo:

- fattori temperamental: si è visto che i bambini con questi disturbi presentano storie psichiatriche complicate, un'irritabilità cronica, e alcuni manifestano criteri del DDAI.
- fattori genetici e fisiologici: bambini che presentano irritabilità cronica, non episodica possono essere differenziati da bambini con disturbo bipolare per il rischio familiare. Tuttavia, non differiscono nei tassi familiari di disturbi d'ansia, depressivi unipolari o abuso di sostanze.

Per quanto concerne il rischio di suicidio, le evidenze documentano comportamento suicidario e aggressività, insieme ad altre gravi conseguenze funzionali.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbi bipolari: Ciò che differenzia i due disturbi è la storia del decorso a lungo termine dei sintomi essenziali. Innanzitutto i genitori dovrebbero poter essere in grado di specificare da quanto tempo il comportamento del bambino/adolescente si è modificato ed inoltre il disturbo bipolare è un disturbo episodico, a differenza del disturbo dell'umore dirompente.
- Disturbo oppositivo-provocatorio: i sintomi del disturbo da comportamento O-P sono spesso presenti nei bambini con disturbi dell'umore dirompente, ma non è quasi mai vero il contrario.
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo depressivo maggiore, disturbi d'ansia, e disturbo dello spettro dell'autismo: se l'irritabilità è presente solo nel contesto depressivo bisognerebbe fare diagnosi di depressione e non disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.
- Disturbo esplosivo intermittente: Questo disturbo, a differenza del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, non richiede una persistente alterazione dell'umore tra gli scoppi di collera. Inoltre il disturbo esplosivo intermittente richiede solo 3 mesi di sintomi attivi, rispetto ai 12 richiesti per la diagnosi del disturbo dell'umore dirompente.

Comorbilità: Si riscontrano molti disturbi in comorbilità. E' raro infatti trovare diagnosi singola di disturbo dell'umore dirompente. Tra questi, i disturbi più comunemente associati sono quelli relativi all'umore, all'ansia, allo spettro dell'autismo.

Disturbo depressivo maggiore

Criteri diagnostici

- A. 5 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 1 dei sintomi è: 1) Umore depresso, 2) perdita di interesse o piacere.

Nota: non comprendere i sintomi chiaramente attribuibili ad un'altra condizione medica.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (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 di appetito quasi tutti i giorni (Nota: nei bambini considerare le capacità di raggiungere i normali livelli ponderali).
 4. Insomnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
 5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieta/o o rallentata/o).
 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 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 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 di un'altra condizione medica.

Nota: i criteri A-C costituiscono un episodio depressivo maggiore.

Nota: risposte ad 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, insomnia, scarso appetito e perdita di peso, annotati nel Criterio A, che possono somigliare ad un episodio depressivo. Nonostante tali sintomi possano essere comprensibili e appropriati alla perdita, la presenza di un episodio depressivo maggiore, in aggiunta alla normale risposta alla perdita significativa, dovrebbe essere attentamente considerata. 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.

- D. Il verificarsi di un 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.

Specificare se:

- Con ansia
- Con caratteristiche miste
- Con caratteristiche melanconiche
- Con caratteristiche atipiche
- Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore
- Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore
- Con catatonìa
- Con esordio nel peripartum
- Con andamento stagionale

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale dell'episodio depressivo maggiore è un periodo di almeno 2 settimane durante il quale si verifica perdita di interesse o piacere nelle attività o umore depresso. Nei bambini l'umore può essere irritabile, piuttosto che depresso. I sintomi devono persistere quasi tutti i giorni per almeno 2 settimane consecutive e l'individuo deve sperimentare un disagio clinico in aree importanti della vita quotidiana. L'umore è triste, depresso, disperato; alcuni dichiarano di sentirsi ansiosi, altri non dichiarano subito di essere tristi, ma emerge durante il colloquio. Alcuni enfatizzano sintomi fisici, altri sono irritabili (soprattutto i bambini e gli adolescenti manifestano irritabilità piuttosto che tristezza). Si verifica quasi sempre una perdita di interesse in attività piacevoli, come ad esempio hobby o sport e spesso i familiari notano un abbandono o ritiro sociale. Alcuni individui mostrano una perdita di interesse per l'attività sessuale, altri una perdita di appetito e c'è un'alterazione del sonno che si traduce nel dormire poco o troppo rispetto ai ritmi abituali dell'individuo. Altra alterazione è nell'area psicomotoria. Alcuni individui mostrano una ridotta capacità di pensiero, ragionamento e concentrazione; ad esempio, alcuni si lamentano di una ridotta capacità di svolgere compiti o ragionamenti, presentando difficoltà di memoria. E' importante sottolineare che, quando il disturbo viene trattato, i problemi di memoria scompaiono completamente. Sono inoltre presenti pensieri suicidi e idee di morte. Nei casi più gravi, gli individui arrivano a fare testamento e ad organizzare tutto per la loro morte, nella convinzione che gli altri starebbero meglio senza di loro. La valutazione del disturbo depressivo è particolarmente complicata quando è associata ad una condizione medica, in quanto alcuni sintomi sono condivisi da alcune patologie come cancro, diabete.

Il disturbo depressivo è associato ad un'alta mortalità, a causa dei tassi elevati di suicidio; la prevalenza dei comportamenti suicidi è femminile. Il disturbo depressivo maggiore può insorgere a qualunque età, nonostante dopo la pubertà aumenti il rischio di insorgenza. Il suo decorso è del tutto variabile; ci sono individui che raggiungono la remissione totale e altri che non riescono ad uscirne.

Tra i fattori di rischio troviamo

- Fattori temperamentalni: il fattore temperamentale maggiore ad alto rischio è il nevroticismo.
- Fattori ambientali: esperienze infantili avverse, in particolare se molteplici e di diverso tipo, costituiscono un importante fattore di rischio. Eventi di vita stressanti sono stati ben riconosciuti come fattori precipitanti gli episodi depressivi.
- Fattori genetici e fisiologici: familiari di primo grado hanno un rischio da 2 a 4 volte maggiore di sviluppare un disturbo depressivo rispetto alla popolazione generale.

Non sono state riscontrate differenze sostanziali di genere sebbene tra le femmine vi sia, in associazione al disturbo depressivo, un più alto rischio di tentativi di suicidio, mentre è più basso il numero di suicidi compiuti. La diagnosi differenziale può essere eseguita con i seguenti disturbi:

- Episodi maniacali con umore irritabile o episodi misti: Dal momento che la distinzione fra questi disturbi è molto complicata, occorre un'attenta valutazione da parte del clinico.
- Disturbo dell'umore dovuto ad un'altra condizione medica: Si diagnostica un disturbo depressivo maggiore solo se dall'esame obiettivo, dall'anamnesi e dai dati del colloquio non emerge la presenza di un'altra condizione medica che spieghi meglio tali sintomi.
- Disturbo depressivo o bipolare indotto da sostanze/farmaci: come evidenziato già dal nome, la differenza fra questi disturbi è che l'umore triste e depresso è direttamente causato da un abuso di sostanza o farmaci.
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività: questi due disturbi sono molto simili rispetto ai sintomi dell'umore; se vengono soddisfatti entrambi i criteri allora si farà diagnosi associata.
- Disturbo dell'adattamento con umore depresso: in quest'ultimo non vengono pienamente soddisfatti tutti i criteri per il disturbo depressivo maggiore.
- Tristezza: periodi di tristezza sono normali nella vita umana. E' bene diagnosticare però il disturbo solo quando vengono soddisfatti tutti i criteri richiesti.

72

Comorbilità: disturbi con alta comorbilità sono il disturbo da abuso da sostanze, disturbo di panico, disturbo ossessivo compulsivo, anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo borderline di personalità.

Disturbo depressivo persistente (distimia)

Questo disturbo rappresenta l'unione del disturbo depressivo maggiore cronico e del disturbo distimico definiti nel DSM-IV.

Criteri diagnostici

- 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 almeno 2 (o più) dei seguenti sintomi:
 1. Scarso appetito o iperfagia
 2. Insomnia 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 e negli adolescenti) l'individuo non è mai stato privo di sintomi di cui al criterio A e B per più di 2 mesi alla volta;
- D. I criteri per un disturbo depressivo maggiore possono essere continuativamente presenti per due 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, da schizofrenia, da disturbo delirante o da un disturbo dello spettro della schizofrenia con altra specificazione o senza specificazione o da un altro disturbo psicotico.

- G. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (es. droga di abuso, farmaco) o di un'altra condizione medica (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 disturbo depressivo maggiore includono 4 sintomi che non sono presenti nel disturbo depressivo persistente (distimia), un numero molto limitato di individui avrà sintomi depressivi che si sono protratti per più di 2 anni, ma non soddisfano i criteri per un disturbo depressivo persistente. Se i criteri per un episodio depressivo maggiore vengono soddisfatti durante l'attuale episodio di malattia dovrebbe essere posta 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
- Con caratteristiche miste
- Con caratteristiche melanconiche
- Con caratteristiche atipiche
- Con caratteristiche psicotiche congruenti all'umore
- Con caratteristiche psicotiche non congruenti all'umore
- Con esordio nel peripartum

Specificare se:

- In remissione parziale
- In remissione completa

Specificare se:

- Con esordio precoce: esordio prima dei 21 anni
- Con esordio tardivo: esordio a 21 anni o più tardi

Specificare se (negli 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 per almeno 8 settimane nei 2 anni precedenti con sintomi sotto la soglia per un episodio depressivo maggiore completo.
- Con episodio depressivo maggiore, senza episodio attuale: i criteri per un episodio depressivo maggiore non sono attualmente soddisfatti pienamente, ma vi sono stati uno o più episodi depressivi maggiori nei 2 anni precedenti.

Specificare la gravità attuale:

- Lieve;
- Moderata;
- Grave.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale di questo disturbo è un umore depresso presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, per almeno 2 anni (1 anno se bambini o adolescenti). Gli individui con disturbo depressivo persistente descrivono il loro umore “triste”, “giù di corda” e poiché questi sintomi sono ormai entrati a far parte della loro storia possono non esprimere, se non richiesti esplicitamente. Questo disturbo ha spesso un esordio precoce e insidioso e un decorso cronico. In genere, l'esordio precoce è associato alla comorbilità con disturbi di personalità e disturbi di uso da sostanze. Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo:

- Fattori temperamental: fattori predittivi di una prognosi a lungo termine più negativa includono maggiori livelli di nevrotismo, maggiore gravità dei sintomi, funzionamento globale più compromesso e presenza di disturbi d'ansia o di disturbo della condotta.
- Fattori ambientali: fattori di rischio includono la perdita dei genitori o la separazione.
- Fattori genetici e fisiologici: è possibile che individui con disturbo depressivo persistente abbiano una maggiore percentuale di parenti di primo grado con lo stesso disturbo. Inoltre, un certo numero di regioni cerebrali sono implicate nel disturbo.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con i seguenti disturbi:

- Disturbo depressivo maggiore: Se c'è umore depresso in aggiunta a 2 o più sintomi per episodio depressivo persistente da 2 anni o più, dev'essere posta la diagnosi di disturbo depressivo persistente, essendo la durata di 2 anni la caratteristica che distingue i due disturbi.
- Disturbi psicotici: Non si pone la diagnosi separata del disturbo depressivo persistente se i sintomi sono presenti soltanto durante un episodio psicotico.
- Disturbo depressivo o bipolare e disturbi correlati dovuti a un'altra condizione medica: il disturbo depressivo persistente dev'essere distinto anche da questi disturbi e la distinzione si basa sul fatto che i sintomi sono direttamente correlati a una patologia relativa ad una condizione medica che ne giustifica i sintomi.
- Disturbo depressivo o bipolare indotto da sostanze/farmaci: quando i sintomi sono direttamente correlati all'assunzione /abuso di una sostanza/farmaco.
- Disturbi di personalità: Se i sintomi soddisfano entrambi, si pone la doppia diagnosi.

Comorbilità: il disturbo depressivo persistente si trova in comorbilità con vari disturbi, fra cui disturbi d'ansia e di abuso da sostanze.

Disturbo disforico premestruale

Criteri diagnostici

- A. Nella maggior parte dei cicli mestrali, almeno 5 sintomi devono essere presenti nella settimana precedente le mestruazioni, iniziare a migliorare entro pochi giorni dall'insorgenza delle mestruazioni e ridursi al momento o scomparire nella settimana successiva alle mestruazioni.
- B. Uno (o più) dei seguenti sintomi deve essere presente:
 1. Marcata labilità affettiva (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 pensiero autocritico.

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 5 sintomi quando combinati con i sintomi del criterio B di cui sopra:

1. Diminuito interesse nelle attività abituali (per es., lavoro, scuola amici, hobby).
2. Difficoltà soggettive di concentrazione.
3. Letargia, facile faticabilità o marcata mancanza di energia.
4. Marcata modificazione dell'appetito, sovrallimentazione 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 (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, disturbo di panico, disturbo depressivo persistente (distimia) o disturbo di personalità (nonostante esso possa verificarsi in concomitanza con uno qualunque di questi disturbi).
- F. Il criterio A dovrebbe essere confermato da valutazioni prospettiche quotidiane per almeno 2 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 (es. una droga di abuso, un farmaco, un altro trattamento) o di un'altra condizione medica (es., ipertiroidismo).

75

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Le caratteristiche fondamentali del disturbo disforico premestruale sono la labilità dell'umore, la disforia, l'irritabilità e i sintomi d'ansia che si manifestano ripetutamente intorno al periodo delle mestruazioni. A questi sintomi possono associarsi o meno altri sintomi fisici o comportamentali. Generalmente, il picco si ha all'arrivo delle mestruazioni. Alcune ricerche hanno dimostrato che la fase premestruale è associata ad un rischio più alto di suicidio. L'insorgenza può avvenire in qualsiasi momento del menarca e, con la menopausa, alcuni sintomi peggiorano. Qualcuno ha addirittura considerato la fase premestruale come una fase a rischio di suicidio.

Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo fattori ambientali (come stress, storia di un trauma interpersonale, cambiamenti stagionali e ruolo di genere femminile), fattori genetici e fisiologici (l'ereditarietà è sconosciuta; comunque, le stime variano fra il 30 e l'80%).

Le donne che usano contraccettivi orali possono avere minori sintomi di quelle che non li usano. I sintomi del disturbo disforico premestruale causano un disagio e una compromissione nel funzionamento della vita dell'individuo; ad esempio possono sorgere problemi con figli, coniuge, problemi lavorativi ecc.

Tra le caratteristiche associate a supporto della diagnosi, deliri e allucinazione sono stati descritti nella fase luteale finale del ciclo mestruale, ma sono rari.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Sindrome premestruale: nella sindrome premestruale non si richiedono 5 sintomi e la presenza di sintomi affettivi. Essa inoltre è meno grave rispetto al disturbo disforico premestruale.

- Dismenorrea: sindrome in cui sono presenti mestruazioni dolorose. I sintomi della dismenorrea cominciano con le mestruazioni, mentre i sintomi del disturbo disforico premestruale cominciano prima.
- Disturbo bipolare, depressivo maggiore e depressivo persistente (distimia): molte donne con disturbo bipolare o depressivo maggiore o depressivo persistente pensano di avere un disturbo disforico premestruale. Tuttavia, quando tracciano i sintomi, esse realizzano che i sintomi non seguono un pattern premestruale.
- Uso di trattamenti ormonali: alcune donne che presentano sintomi premestruali da moderati a gravi possono assumere trattamenti ormonali, tra cui i contraccettivi ormonali. Se tali sintomi si presentano dopo l'inizio dell'assunzione, i sintomi possono essere dovuti al farmaco. Se la donna sospende il farmaco e i sintomi scompaiono, la situazione è coerente con il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci.

Comorbilità: Gli individui che presentano questo disturbo riferiscono frequentemente di aver attraversato un episodio depressivo maggiore. Un'ampia gamma di disturbi medici e psichiatrici (emicrania, asma, allergie, disturbi depressivi, bipolar, d'ansia, alimentari...) possono peggiorare, inoltre, durante la fase premestruale.

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 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 un'intossicazione o astinenza da sostanze, oppure dopo l'intossicazione da farmaco.
 2. La sostanza/farmaco coinvolta è in grado di produrre 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/farmaco; i sintomi persistono per un sostanziale periodo di tempo (es. 1 mese) dopo la fine dell'astinenza acuta o dell'intossicazione grave, oppure vi sono altre evidenze che suggeriscono l'esistenza di un disturbo 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 in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota: Questa diagnosi, anziché quella da 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.

Specificare se:

- 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 con la sostanza e i sintomi insorgono durante o poco dopo l'astinenza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Le caratteristiche del disturbo depressivo indotto da sostanze sono le stesse del disturbo depressivo, ma i sintomi che si manifestano sono direttamente associati all'assunzione, ingestione, inalazione di una sostanza e persistono durante e dopo il periodo di intossicazione o astinenza. La diagnosi però non deve essere posta se questi sintomi si manifestano durante un delirium ed inoltre, per essere diagnosticato, il disturbo deve creare disagio clinicamente significativo nelle aree importanti della vita della persona.

Dato che alcuni farmaci possono indurre disturbi dell'umore depresso, è importante capire se il disturbo è emerso in relazione alla sostanza oppure se durante il trattamento. Le sostanze implicate in questo disturbo sono agenti antivirali, farmaci cardiovascolari, antidepressivi, anticonvulsoranti, antipsicotici, agenti ormonali, farmaci per la cessazione del fumo, farmaci immunologici. L'esordio avviene entro 1 mese dall'assunzione della sostanza. Generalmente, una volta interrotta l'assunzione della sostanza, i sintomi entrano in remissione nel giro di qualche giorno o settimana, in relazione all'emivita della sostanza/farmaco.

77

Tra i fattori di rischio/prognosi citiamo:

- Fattori temperamental: una storia di disturbo depressivo maggiore, o depressione indotta da droghe in concomitanza con fattori psicosociali stressanti possono concorrere a generare un maggior rischio per questo disturbo.
- Fattori ambientali: alcuni fattori di rischio sono correlati al tipo di sostanza assunta.
- Modificatori del decorso: gli individui con disturbo depressivo maggiore indotto da sostanze sono prevalentemente maschi, di razza nera, con istruzione media superiore, senza assicurazione sanitaria e con reddito familiare più basso. Inoltre sono associate anche una storia familiare di disturbo da uso di sostanze e comportamenti antisociali, un maggior numero di eventi di vita stressanti ed un maggior numero di criteri del disturbo depressivo maggiore del DSM-IV.

Per quanto riguarda i marker diagnostici, la determinazione della sostanza coinvolta può essere eseguita attraverso comuni test di laboratorio sul sangue o sulle urine.

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 della sostanza e dev'essere distinta dal disturbo mentale primario sottostante. Per quanto riguarda il rischio suicidario in pazienti in trattamento con antidepressivi, si suggerisce una attenta valutazione del caso specifico.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- 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 sarà sufficiente per codificare la manifestazione sintomatologica. Si dovrebbe porre diagnosi di disturbo depressivo indotto da sostanze quando si ritiene che i sintomi di alterazione dell'umore sono sufficientemente gravi da richiedere attenzione clinica in modo indipendente.
- Disturbo depressivo primario: Presenta gli stessi sintomi del disturbo depressivo indotto da sostanze, ma in questo caso i sintomi sono correlati con la sostanza assunta.
- Disturbo depressivo indotto da un'altra condizione medica: Il clinico valutare se i sintomi sono dovuti a condizione medica sottostante o all'assunzione di sostanze.

Comorbilità: In genere, individui con disturbo depressivo indotto da farmaci hanno un alta comorbilità con tutti i disturbi mentali del DSM-IV, in particolare: gioco d'azzardo patologico, istrionico, paranoide, antisociale di personalità. Inoltre, questi individui hanno più probabilità di avere un disturbo da uso di alcol e un qualsiasi altro disturbo da uso di sostanze, ma hanno meno probabilità di avere un disturbo depressivo persistente.

Disturbo depressivo dovuto ad 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, le attività.
- B. E' 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.
- D. L'alterazione non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium.
- E. L'alterazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale e lavorativo o in altre aree importanti.

78

Specificare se:

- Con caratteristiche depressive: non sono soddisfatti pienamente i criteri per il disturbo depressivo maggiore.
- Con episodio simil-depressivo maggiore: sono soddisfatti pienamente i criteri (tranne il C) per il disturbo depressivo maggiore.
- Con caratteristiche miste: sono presenti i sintomi della ipomania e mania, ma non dominano il quadro clinico.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del disturbo depressivo dovuto ad un'altra condizione medica è un periodo di umore depresso, triste o marcata diminuzione di interesse o piacere in tutte o quasi le attività, direttamente correlato ad una condizione medica sottostante. Il clinico deve effettuare quindi un'attenta valutazione basata sull'esordio, esacerbazione o remissione della condizione medica generale e di quella del disturbo dell'umore. Tra il disturbo depressivo dovuto a condizione medica e altre patologie c'è una forte connessione, es. con ictus, morbo di Parkinson e danno cerebrale da trauma. Per quanto riguarda l'esordio, molto dipende dalla patologia medica sottostante: se ad esempio avviene in seguito ad un ictus, allora sarà un esordio acuto entro massimo 1 giorno o pochi giorni dall'episodio; se invece si tratta di altre condizioni, l'esordio può tardare. Generalmente, comunque, si manifesta entro 1 settimana o mese dall'episodio. Il rischio di insorgenza acuta pare sia legato alla sede della lesione, con rischio più elevato se la compromissione è a livello frontale sinistro.

Le differenze riguardo al genere sono quelle legate al tipo di condizione medica sottostante (es. l'ictus è più comune nei maschi rispetto alle femmine). Nonostante non vi siano studi che confermino un più alto rischio di suicidio in individui con questo disturbo, esiste un alto tasso di suicidi per individui che presentano alcune condizioni mediche, piuttosto che altre.

Le conseguenze funzionali sono quelle associate alla condizione medica. In generale, si pesa – 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 suggerito – ma non accertato – che sindromi dell'umore, tra cui quelle depressive e maniacali, possono essere ricorrenti in alcuni individui con lesioni cerebrali statiche e malattie del sistema nervoso centrale.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbi depressivo non dovuti ad un'altra condizione medica: i sintomi sono esattamente gli stessi ma, nel disturbo dovuto a condizione medica, questi sono direttamente correlati alla condizione medica sottostante.
- Disturbo depressivo indotto da farmaci: i sintomi sono gli stessi, ma in questo caso sono dovuti all'assunzione/abuso di un farmaco/sostanza.
- Disturbo dell'adattamento: E' importante distinguere il disturbo depressivo da quello dell'adattamento perché di per sé una condizione medica può essere considerata già un evento molto stressante.

Comorbilità: la comorbilità, in questo caso, è associata alla condizione medica sottostante.

Disturbo depressivo con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui 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 del disturbo depressivo. 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 fatto registrando "disturbo depressivo con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (es. "episodio depressivo d' breve durata"). Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" sono i seguenti:

1. Depressione breve ricorrente: concomitante presenza di umore depresso e di almeno 4 sintomi di depressione per 2-13 giorni, almeno una volta al mese per almeno i 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 4 degli 8 sintomi di un episodio depressivo maggiore, associato a disagio clinicamente significativo o compromissione, che persiste per più di 4 giorni ma meno di 14, in un individuo la cui manifestazione non ha mai soddisfatto i criteri per un qualsiasi altro disturbo depressivo o bipolare e che attualmente non soddisfa i criteri attivi o residui per un qualsiasi disturbo psicotico né per depressione breve ricorrente.
3. Episodio depressivo con sintomatologia insufficiente: umore depresso e almeno 1 degli 8 sintomi di un episodio depressivo associato 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, e attualmente non soddisfa i criteri attivi per un qualsiasi disturbo psicotico né per sintomi misti d'ansia e disturbo depressivo.

Disturbo depressivo senza altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui 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 del disturbo depressivo. La categoria disturbo depressivo senza altra 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 (es. in contesti di pronto soccorso). Specificare se:

- Con ansia: l'ansia è definita come la presenza di almeno 2 dei seguenti sintomi nella maggior parte dei giorni di un episodio depressivo maggiore o di un disturbo depressivo persistente (distimia):
 1. Sentirsi nervosi e tesi
 2. Sentirsi insolitamente inquieti
 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.

Specificare la gravità attuale

- Lieve: 2 sintomi
- Moderata: 3 sintomi
- Moderata-grave: 4-5 sintomi
- Grave: 4-5 sintomi, con agitazione motoria.

Nota: l'ansia è stata osservata essere una caratteristica predominante del disturbo bipolare, del disturbo depressivo maggiore e in contesti di medicina generale o specializzati in salute mentale. Alti livelli d'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 3 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 dell'energia o dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica, sessuale).
 6. Coinvolgimento aumentato o eccessivo in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (es. eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affare avventati).
 7. Diminuito bisogno di sonno (es. sentirsi riposato/a 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 ipomania, la diagnosi dovrebbe essere bipolare I o bipolare II.
 - D. I sintomi misti non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (es. droga di abuso, farmaco o altro trattamento).

Nota: le caratteristiche miste associate a un episodio depressivo maggiore sono state descritte fra i fattori di rischio significativi per lo sviluppo del disturbo bipolare I o II. Di conseguenza, dal punto di vista clinico è utile notare a presenza di questo specificatore per la pianificazione del trattamento e il monitoraggio della risposta.

- Con caratteristiche melanconiche:

A. uno dei seguenti sintomi è presente durante il periodo di maggior gravità dell'episodio attuale:

1. Perdita di piacere in tutte, o quasi, le attività.
2. Perdita di reattività agli stimoli abitualmente piacevoli (non si sente meglio, neppure temporaneamente quando accade qualcosa di buono).

B. 3 (o più) dei seguenti sintomi:

1. Una particolare qualità di umore depresso, caratterizzato da profondo sconforto, disperazione, cupezza o dal cosiddetto "umore vuoto".
2. Depressione che è regolarmente peggiore al mattino.
3. Risveglio precoce al mattino.
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 melanconiche" 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 ad 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 pochi minuti alla volta). La "qualità particolare dell'umore" tipica dello specificatore "con caratteristiche melanconiche" è vissuta in modo qualitativamente diverso da quella vissuta durante un episodio depressivo non melanconico. Modificazioni psicomotorie sono quasi sempre presenti e sono osservabili da altri. Le caratteristiche melanconiche mostrano solo una modesta tendenza a ripetersi negli episodi depressivi sperimentati da uno 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 disturbo depressivo persistente.

A. Reattività dell'umore (cioè l'umore si risolleva in risposta a eventi positivi attuali o potenziali).

B. 2 (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 gambe o le braccia di piombo).
4. Un pattern duraturo di ipersensibilità al rifiuto interpersonale (non limitato agli episodi di alterazione dell'umore) che determina una compromissione sociale e lavorativa.

C. Non sono soddisfatti durante lo stesso episodio i criteri per “con caratteristiche melanconiche” 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 giovani adulti) e oggi non connota più una manifestazione clinica non comune o insolita, come potrebbe indicare il termine. La reattività dell’umore è la capacità di rallegrarsi quando si è di fronte a eventi positivi. 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 manifestare con un evidente aumento dell’assunzione di cibo e 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 10h 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 dura più a lungo. 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 può risultare esacerbata nei 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 sono coerenti con le tipiche tematiche depressive di inadeguatezza personale, colpa, malattia, morte, nichilismo, o con il pensiero di meritare una punizione.
- Con caratteristiche psicotiche non congruenti all’umore: il contenuto dei deliri e 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 mix 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 associata a un disturbo mentale.
- Con esordio nel peripartum: lo specificatore può essere applicato all’episodio di depressione maggiore attuale, oppure se non sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio depressivo maggiore o se l’esordio dei sintomi 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 peripartum. 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 e mesi successivi al parto. Il 50% di questi episodi inizia prima del parto. Così questi episodi vengono complessivamente riportati come “episodi peripartum”. Le donne con episodi depressivi maggiori peripartum spesso presentano ansia acuta o anche attacchi di panico. Studi prospettici hanno dimostrato che sintomi dell’umore ansiosi durante la gravidanza o il “baby blues” aumentano il rischio di un episodio depressivo maggiore postpartum. Gli episodi dell’umore nel peripartum possono presentarsi 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 (es. che il neonato sia 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 a 500 fino a 1 a 1000 parto, 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 disturbo bipolare. Una volta che una donna ha avuto un episodio postpartum con caratteristiche psicotiche, il rischio di ricomparsa ad ogni parto successivo è tra il 30 e 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 viene applicato al disturbo depressivo maggiore ricorrente.

A. Vi è stata una relazione temporale regolare fra l'esordio degli episodi depressivi maggiori e un particolare periodo dell'anno (per es. autunno, inverno).

Nota: non includere i casi in cui è presente un effetto evidente di fattori psicosociali stressanti legati alle stagioni (per es. essere disoccupati regolarmente ogni inverno).

B. anche le remissioni complete (o un viraggio della depressione maggiore alla mania o ipomania) si verificano in un particolare periodo dell'anno.

C. negli ultimi 2 anni si sono verificati 2 episodi depressivi maggiori che hanno dimostrato la relazione temporale stagionale definita sopra e, durante lo stesso periodo, non si sono verificati episodi depressivi maggiore non stagionali.

D. Gli episodi depressivi maggiori stagionali (come sopra) superano numericamente in modo sostanziale gli episodi depressivi maggiori non stagionali che possono essersi verificati durante l'arco di vita di un individuo.

Nota: Lo specificatore "con andamento stagionale" può essere applicato al pattern di episodi depressivi maggiori nel disturbo depressivo maggiore ricorrente. La caratteristica essenziale riguarda l'esordio e la remissione degli episodi depressivi maggiori in specifici periodi dell'anno. Nella maggior parte dei casi, gli episodi cominciano in autunno o in inverno e recedono 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 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 legati alle stagioni (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 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 la latitudine, età e sesso. La prevalenza aumenta a latitudini più alte. Anche l'età rappresenta un forte fattore predittivo di stagionalità, indicando individui giovani a più alto rischio 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 della durata inferiore

- a 2 mesi senza sintomi significativi di un episodio depressivo maggiore che segua 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:

- Lieve: sono presenti pochi sintomi, o nessuno, in eccesso rispetto a quelli richiesti per porre diagnosi; l'intensità dei sintomi è angosciante ma gestibile e i sintomi comportano minore compromissione del funzionamento sociale e lavorativo.
- Moderata: Il numero dei sintomi, l'intensità dei sintomi e/o la compromissione funzionale sono tra il "lieve" e il "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 ed essi interferiscono in modo marcato con il funzionamento sociale e lavorativo.

Disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia comprendono disturbi che hanno come caratteristiche principali paura (risposta emotiva ad una minaccia imminente) e ansia (anticipazione di una minaccia futura) eccessive e disturbi correlati. Questi due aspetti si sovrappongono e a volte possono essere messi in atto comportamenti di evitamento. I disturbi d'ansia sono diversi l'uno dall'altro per la tipologia di paura o ansia che scatenano o per l'ideazione cognitiva associata. I disturbi d'ansia differiscono dalle naturali paure o ansia per la persistenza e eccessività, anche rispetto allo stadio di sviluppo. Molti disturbi d'ansia esordiscono nell'infanzia e permangono tutta la vita, se non vengono curati. Molti si verificano con maggior frequenza nelle femmine. I disturbi d'ansia sono:

- disturbo d'ansia da separazione
- mutismo selettivo
- fobia specifica
- disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)
- disturbo di panico
- agorafobia
- disturbo d'ansia generalizzato
- disturbo d'ansia indotto da sostanza/farmaci
- disturbo d'ansia dovuto ad un'altra condizione medica.

85

Disturbo d'ansia da separazione

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 3 (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. Persiste 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 e 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 figure principali di attaccamento.
7. Ripetuti incubi che implicano il tema della separazione.
8. Ripetute lamentele di sintomi fisici (mal di testa, dolori allo 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 negli adolescenti, e tipicamente 6 mesi e più negli adulti.

C. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento 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 una accompagnatore fidato nell'agorafobia, preoccupazioni riguardanti la malattia o altri danni che possono capitare a persone significative nel disturbo d'ansia generalizzato, oppure preoccupazioni relative all'avere una malattia nel disturbo da ansia da malattia.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale del disturbo d'ansia da separazione è l'ansia e la paura eccessiva relativa alla separazione dalle figure di attaccamento. Gli individui con questo disturbo hanno timore che possa accadere qualcosa alla figura di attaccamento, temono la separazione e questa ansia/paura è eccessiva rispetto allo stadio di sviluppo in cui si trova. Questi soggetti manifestano anche riluttanza ad andare a dormire senza il *caregiver* e possono rifiutarsi di uscire, di andare a casa di amici ecc. per paura della separazione. Gli adulti sono spesso a disagio se viaggiano soli e possono comparire incubi. Spesso si associano sintomi fisici a questa ansia/paura. Se eccessivamente turbati dalla separazione, i bambini possono sperimentare e manifestare rabbia e aggressione nei confronti di chi li sta costringendo alla separazione, nonché rifiutare di andare a scuola.

E' importante però distinguere il disturbo dalla normale ansia da separazione tipica dell'età e dello stadio di sviluppo. Se vengono separati dalle figure di attaccamento, questi bambini possono mostrare tristezza, apatia, ritiro sociale. Inoltre possono manifestare eccessive paure nei confronti di animali, mostri, ladri e di altre situazioni che vengono percepite come minacciose per i familiari e per se stessi. A volte possono mostrare rabbia e aggressività ed apparire esigenti, intrusivi e bisognosi di cure altrui, mentre da adulti diventano dipendenti e iperprotettivi.

Non si riscontrano differenze di genere fra i due sessi, sebbene le preoccupazioni possano essere diverse: le femmine manifestano una maggior riluttanza nell'andare a scuola, mentre i maschi tendono ad avere più disagio rispetto alla separazione. L'esordio può verificarsi durante l'infanzia o, molto più raramente, durante l'adolescenza. Le preoccupazioni legate a questo disturbo variano con l'età: i bambini in età scolare possono rifiutarsi di andare a scuola, i più grandi di uscire con gli amici e, da adulti, si può arrivare a preoccuparsi per i traslochi o per alcune circostanze particolari (es. sposarsi) oltre a manifestare disagio anche nella vita lavorativa o sociale.

Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo fattori ambientali (spesso questo disturbo si sviluppa dopo un evento stressante) e fattori genetici e fisiologici (può essere ereditario). Questo disturbo può anche essere associato ad un più alto rischio di suicidio.

Tra le conseguenze funzionali, citiamo la limitazione delle attività indipendenti lontano da casa o dalle figure di attaccamento (es. viaggi, lavoro ecc.).

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbo d'ansia generalizzato: rispetto a questo disturbo, nel disturbo d'ansia da separazione i sintomi ansiogeni riguardano principalmente le figure di attaccamento e il loro benessere.
- Disturbo di panico: l'ansia riguarda sempre le figure di attaccamento e non la possibilità di un attacco di panico imminente.

- Agorafobia: gli individui con ansia da separazione non manifestano ansia dovuta, ad es., alla paura di essere intrappolati tra la gente, tipica dell'agorafobia.
- Disturbo della condotta: il bambino o l'adolescente che rifiuta la scuola lo fa per paura di separarsi dalla figura di attaccamento, e non per problemi legati alla condotta e all'adesione alle regole.
- Disturbo d'ansia sociale: anche qui ciò che differenzia i due disturbi è la motivazione sottesa all'ansia.
- Disturbo da stress post traumatico (DSPT): I sintomi possono essere simili, ma nel DSPT questi riguardano il ricordo dell'evento traumatico e non la separazione dalle figure di attaccamento.
- Disturbo d'ansia da malattia: In questo caso gli individui si preoccupano per un eventuale ipotetica malattia, non per la separazione dalle figure d'attaccamento.
- Lutto: anche in questo caso non è la separazione dalle figure di attaccamento che provoca i sintomi, ma l'intenso dolore per la perdita del defunto.
- Disturbo depressivo o bipolare: anche qui l'ansia e il timore è relativo alla mancanza di interesse verso il mondo esterno e non come nel disturbo d'ansia da separazione, dalla paura che possa accadere qualcosa;
- Disturbo oppositivo-provocatorio: questo disturbo dovrebbe essere preso in considerazione solo quando l'oppositività e l'aggressività non riguardano la separazione con le figure di attaccamento.
- Disturbi di personalità: il disturbo dipendente di personalità implica una dipendenza dagli altri, non un timore nella separazione; nel disturbo borderline è presente il timore della separazione, ma si notano anche problemi di identità, disagio alla sfera interpersonale e impulsività, assenti nel disturbo d'ansia da separazione.

Comorbilità: nei bambini questo disturbo si trova spesso in comorbilità con il disturbo d'ansia generalizzata e con una fobia specifica. Negli adulti invece possono essere presenti: fobia specifica, DPTS, disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi di personalità

Mutismo selettivo

Criteri diagnostici

- A. Costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (es. scuola), nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni.
- B. La condizione interferisce con i risultati scolastici e 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 e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbi dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

I bambini con questo disturbo non danno inizio a un discorso e non rispondono se interpellati. La mancanza del linguaggio si verifica nelle interazioni sociali con bambini o adulti. Bambini con mutismo selettivo possono parlare fluentemente in casa o con i genitori, ma avere problemi davanti ad amici o parenti di secondo grado, come nonni o cugini. Questo disturbo è contraddistinto da un'elevata ansia sociale. Nonostante i bambini con mutismo elettivo presentino, in alcune situazioni, un linguaggio adeguato, una minoranza può presentare anche disturbi linguistici. Spesso invece è il disturbo si associa con ansia sociale, timidezza, imbarazzo, isolamento. L'esordio in genere avviene prima dei 5 anni, anche se spesso non viene

diagnosticato prima dell'ingresso nella scuola. Tra i fattori di rischio vi sono fattori temperamental (come l'affettività negativa o inibizione comportamentale), ambientali (come l'inibizione sociale dei genitori, che funge da modello per i figli) e genetici e fisiologici (è possibile vi siano fattori genetici comuni tra mutismo selettivo e disturbo d'ansia sociale). Il mutismo selettivo può portare a una compromissione di aree importanti della vita quotidiana. I bambini possono mostrare isolamento sociale, ansia, compromissione educativa o nel funzionamento scolastico. In alcuni casi, il mutismo selettivo può fungere da strategia compensatoria finalizzata alla riduzione dell'attivazione ansiosa negli incontri sociali.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbi della comunicazione: Il mutismo selettivo si differenzia dai disturbi di comunicazione perché in questi ultimi il linguaggio disturbato non si presenta solo in una situazione specifica, come invece avviene nel mutismo selettivo.
- Disturbi del neurosviluppo, schizofrenia e altri disturbi psicotici: Il mutismo selettivo, a differenza di autismo, schizofrenia e altri disturbi psicotici, dovrebbe essere diagnosticato solo dopo che il bambino ha acquisito una corretta funzionalità linguistica, cosa che di solito non avviene per gli altri disturbi citati.
- Disturbo d'ansia (fobia sociale): se associato al mutismo selettivo, questo disturbo può essere posto come doppia diagnosi.

Comorbilità: Il mutismo selettivo si trova spesso in elevata comorbilità con i disturbi d'ansia, in particolare ansia sociale, disturbo d'ansia da separazione e fobia specifica. Inoltre, può manifestarsi con disturbo oppositivo-provocatorio, 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 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 e ansia intense.
- D. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo rappresentato dall'oggetto o dalla situazione specifici e al contesto culturale.
- E. La paura o l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente per 6 mesi o più.
- F. La paura, l'ansia o l'evitamento provocano disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa 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 legati a ossessioni (come nel disturbo ossessivo-compulsivo), ricordi di eventi traumatici (come nel disturbo post traumatico), separazione da casa o dalle figure di attaccamento (come nel disturbo d'ansia da separazione), o situazioni sociali (come nel disturbo d'ansia sociale).

Specificare se:

- Animale (es. ragni, insetti, cani)
- Ambiente naturale (es. altezze, temporali, acqua)
- Sangue - infezioni- ferite (es. aghi, procedure mediche invasive)
- Situazionale (es. aeroplani, ascensori)
- Altro (es paura di situazioni che possono portare a soffocare o vomitare, paura di rumori forti o di personaggi in maschera).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

89

La caratteristica essenziale di questo disturbo è che l'ansia o la paura sono associate a situazioni specifiche e circoscritte. L'individuo prova una paura marcata e persistente quando è in presenza o quando si aspetta di affrontare un oggetto o una situazione specifica. L'oggetto della paura può essere la previsione di un danno collegata a certi aspetti dell'oggetto o situazione. Fobie specifiche possono anche comprendere la preoccupazione di perdere il controllo, di provare panico e svenire, che si potrebbero manifestare alla vista/contatto con l'oggetto fobico. L'ansia viene avvertita immediatamente quando avviene il confronto con lo stimolo fobico. Il livello d'ansia varia solitamente del grado di vicinanza dello stimolo. Comunque, l'intensità della paura può non essere sempre correlata in modo prevedibile allo stimolo fobico. Talvolta si manifestano attacchi di panico completi in risposta allo stimolo, specialmente quando la persona deve rimanere nella situazione o crede sia impossibile allontanarsene. Poiché si manifesta un'ansia anticipatoria se la persona si confronta con la necessità di entrare in contatto con la situazione fobica, tali situazioni vengono di solito evitate.

Gli adulti con questo disturbo riconoscono che la fobia è eccessiva o irragionevole. E' inoltre importante notare che la paura e l'ansia causano compromissione di aree importanti della vita dell'individuo come quella lavorativa o sociale. Di solito si origina dopo un evento traumatico al quale si è assistito, oppure occorso a se stessi; molti individui non riescono a ricordare l'origine precisa del disturbo. Si sviluppa di solito intorno ai 7 anni e massimo entro i 10. Nonostante questo è possibile, seppur in maniera limitata, che la fobia specifica si stabilizzi anche in età adulta.

Ci sono differenze fra individui con fobia specifica sangue-iniezioni- ferite e quelli con fobie situazionali. I secondi hanno più probabilità di manifestare un'attivazione del sistema nervoso simpatico, mentre gli altri hanno una risposta lipotimica vasovagale. Un ruolo centrale è comunque svolto dall'amigdala. Molti individui con fobia specifica non riescono a ricordare l'evento traumatico scatenante.

Tra i fattori di rischio abbiamo fattori temperamental (come affettività negativa e inibizione comportamentale), ambientali (come l'iperprotettività dei genitori, perdita o separazione) e genetici (ci potrebbe essere un ereditarietà per il tipo di fobia specifica).

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Agorafobia: la fobia specifica situazionale può somigliare all'agorafobia nella sua presentazione clinica, data la sovrapposizione delle situazioni temute. Se un individuo teme solo una delle situazioni agorafobiche, allora può essere diagnosticata una fobia specifica.
- Disturbo d'ansia da separazione: Questo disturbo presenta una forte paura di separarsi dai genitori o di chi si prende cura di lui (*caregiver*). Le risposte ansiogene non si verificano in situazioni circoscritte come l'addormentamento o l'avvicinarsi di un animale ma sono specificamente legate alla separazione.
- Disturbo di panico: Se gli attacchi di panico si verificano solo in risposta a situazioni specifiche, allora si può porre diagnosi di fobia specifica.

- Disturbo ossessivo-compulsivo: In questo caso, lo stimolo specifico non genera solo risposte ansiose, ma precisi comportamenti ripetitivi e ritualistici per tenere l'ansia sotto controllo.
- Disturbi dell'alimentazione: la diagnosi di fobia specifica non viene posta se le risposte ansiose derivano solo dal rapporto con il cibo. In tal caso dovrebbe essere considerata una diagnosi di disturbo alimentare.
- Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici: se l'ansia e la paura sono dovuti al pensiero delirante, non si dovrebbe porre diagnosi di fobia specifica.

Comorbilità: I disturbi che più comunemente si trovano associati alla fobia specifica sono i disturbi d'ansia, depressivo, bipolare, disturbi correlati a sostanze e disturbi di personalità.

Disturbo d'ansia sociale (Fobia sociale)

Criteri diagnostici

- A. Paura o ansia marcate relativa a una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile esame degli altri. Gli esempi comprendono interazioni sociali (es. avere una conversazione, incontrare persone sconosciute), essere osservati (es. mentre si mangia o si beve) ed eseguire un prestazione davanti agli altri (es. fare un discorso). Nota: nei bambini l'ansia deve manifestarsi nei 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 d'ansia che saranno valutati negativamente (cioè saranno umiliati o imbarazzati, porteranno al rifiuto o risulteranno offensivi per gli altri).
- C. Le situazioni sociali temute provocano quasi invariabilmente ansia o paura. 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 e più.
- G. La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione nelle aree lavorative, sociali 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 ad 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 (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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Nelle situazioni sociali o prestazionali temute, gli individui con fobia sociale temono che gli altri li giudichino ansiosi, stupidi, noiosi, deboli, sgradevoli, pazzi. 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 (A). Gli

individui con fobia sociale di solito evitano le situazioni temute, oppure si sforzano vivendole, però, con grande ansia.

Questi disturbi sono comuni nella fanciullezza o nell'adolescenza. Le paure maggiori riguardano solitamente parlare in pubblico, andare alle feste, avere relazioni con persone di sesso opposto, servirsi dei bagni pubblici, mangiare davanti agli altri oppure urinare nei bagni pubblici (ad es. i bambini con fobia sociale per le relazioni con i compagni di solito cominciano ad agitarsi al mattino appena svegli, a dire che si sentono male, a piangere, a supplicare di non essere portati a scuola). Paura e ansia sono reputate sproporzionate rispetto alla situazione, al contesto e al rischio di essere valutati negativamente (E). A volte, l'ansia può essere legata ad un pericolo reale; tuttavia, gli individui con disturbo d'ansia sociale possono sovrastimare le conseguenze negative delle situazioni, e quindi spetta al clinico stabilire se siano o meno sproporzionate.

Nell'effettuare la valutazione, è importante considerare anche il contesto socioculturale di appartenenza, perché una situazione che potrebbe apparire ansiogena in una determinata cultura potrebbe risultare appropriata per un'altra. Inoltre, ansia e paura devono interferire con le aree importanti della vita dell'individuo.

La durata del disturbo è tipicamente di almeno 6 mesi (F). Tale soglia di durata aiuta a distinguere il disturbo da paure sociali transitorie, che sono comuni, specie tra i bambini.

Gli individui con fobia sociale possono essere inadeguatamente assertivi o eccessivamente remissivi. Possono mostrare una postura del corpo eccessivamente rigida o un contatto visivo inadeguato, oppure parlare a voce troppo bassa. Possono essere timidi e ritirati e rivelare poco di sé. Possono cercare occupazione in settori che non richiedono contatto sociale. Gli uomini possono tardare il momento del matrimonio e di avere una famiglia, mentre le donne tentano di vivere una vita come casalinghe e madri. E' comune l'automedicazione con sostanze (es. bere alcol prima di andare a una festa). L'ansia sociale tra gli anziani può includere l'esacerbazione dei sintomi di una patologia medica, come tremore e tachicardia. L'arrossire è un segno distintivo della risposta fisica di questo disturbo.

La stima di prevalenza a 12 mesi negli USA è di circa il 7%. L'età media di insorgenza è di 13 anni. Talvolta il disturbo emerge da una storia infantile di inibizione o timidezza. L'esordio può verificarsi anche nella prima infanzia, e può avvenire in seguito a un'esperienza stressante o umiliante (es. essere vittima di bullismo) oppure svilupparsi lentamente, in modo insidioso. Il primo esordio in età adulta è raro e si verifica di solito in seguito ad un evento scatenante. Gli adolescenti mostrano un pattern più ampio di paura ed evitamento. Negli anziani, la fobia può riguardare la disabilità dovuta al declino delle funzioni sensoriali, l'incontinenza o la compromissione cognitiva.

Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo:

- Fattori temperamental: i tratti predisponenti includono l'inibizione comportamentale e la paura della valutazione negativa.
- Fattori ambientali: maltrattamento e avversità infantili sono fattori di rischio.
- Fattori genetici e fisiologici: i tratti predisponenti 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 è ereditabile: i parenti di 1° hanno una possibilità da 2 a 6 volte maggiore di sviluppare il disturbo d'ansia sociale.

A livello interculturale, la sindrome di taijin kyofusho (in Giappone e Corea) è spesso caratterizzata da preoccupazioni sociali-valutative, le quali soddisfano i criteri per il disturbo d'ansia sociale, associate alla

paura che l'individuo possa mettere a disagio altre persone, una paura che può essere vissuta con intensità delirante.

Rispetto ai maschi, le femmine riportano un numero maggiore di paure sociali e in comorbilità hanno spesso disturbi d'ansia, depressivi e bipolarì; mentre i maschi hanno maggiormente disturbi di abuso di alcool e sostanze, disturbo della condotta e oppositivo-provocatorio.

Il disturbo d'ansia sociale è spesso 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 è anche associato all'essere single, non sposato/a, divorziato/a e all'assenza di figli, specie tra gli uomini. Il disturbo impedisce anche lo svolgimento di attività ricreative. Nonostante l'entità del disagio, solo la metà degli individui affetti dalla fobia sociale richiede aiuto, e tende a farlo 15-20 anni dopo l'esordio della patologia.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Timidezza non patologica: la timidezza non è considerata patologica, nella nostra cultura. Solo quando vengono soddisfatti tutti i criteri, si può fare diagnosi di fobia sociale.
- Agorafobia: L'ansia dovuta all'agorafobia deriva dalla paura di non poter fuggire e non, come nell'ansia sociale, dal timore della valutazione (negativa) degli altri.
- Disturbo da panico: l'ansia nel disturbo di panico riguarda il panico stesso e non la valutazione degli altri.
- Disturbo d'ansia generalizzato: in questo disturbo, l'ansia si focalizza soprattutto sulle relazioni, piuttosto che sul timore di ricevere una valutazione negativa.
- Disturbo d'ansia da separazione: l'ansia deriva soprattutto dalla paura di una separazione dalle figure di attaccamento, piuttosto che sul timore di ricevere una valutazione negativa.
- Mutismo selettivo: Gli individui con mutismo selettivo possono provare ansia nel parlare di fronte agli altri, ma non la provano in altre situazioni sociali.
- Disturbo dello spettro dell'autismo: gli individui con fobia sociale hanno generalmente un livello comunicativo e relazione sociali adeguate all'età, cosa che non accade nel disturbo dello spettro dell'autismo.
- Disturbo del dismorfismo corporeo.
- Disturbo depressivo maggiore: nel disturbo depressivo maggiore la paura di essere valutati negativamente dipende dal non sentirsi degni di essere apprezzati e non da determinati comportamenti specifici.
- Disturbo delirante.
- Altre condizioni mediche: Quando la paura della valutazione negativa dovuta ad un'altra condizione medica è eccessiva, si può porre diagnosi d'ansia sociale.
- Disturbo oppositivo-provocatorio: il rifiuto di parlare dovuto all'oppositività caratteristica di tale disturbo dovrebbe essere distinta dall'incapacità di parlare della fobia sociale, dovuta alla paura di ricevere una valutazione negativa degli altri.

Comorbilità: Questo disturbo si trova spesso in comorbilità con altri disturbi d'ansia, disturbo depressivo maggiore, uso di sostanze.

Disturbo di panico

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 4 (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, cardiopalma, tachicardia
2. Sudorazioni
3. Tremori fino 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 svenimento
9. Brividi o vampate di calore
10. Parestesie (sensazioni di torpore o formicolii)
11. Derealizzazione (sensazione di irrealità), o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi)
12. Paura di perdere il controllo o “impazzire”
13. Paura di morire.

Nota: Possono essere osservati sintomi specifici per la cultura (per es. tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei 4 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 (es. una droga, un farmaco) o ad una altra condizione medica (es. ipotiroïdismo, 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 ad un evento traumatico, come nel disturbo post-traumatico; oppure in risposta alla separazione dalle figure di attaccamento, come nel disturbo d'ansia da separazione).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale degli attacchi di panico riguarda ricorrenti attacchi di panico inaspettati che provocano disagio o paura intensi (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 4 o più di

un elenco di 13 sintomi fisici e cognitivi. Il termine ricorrente significa letteralmente più di un attacco di panico inaspettato, ossia senza che vi sia alcuna motivazione scatenante (un esempio è l'attacco di panico notturno). Poi vi sono anche quelli *attesi*, quando cioè la causa è conosciuta e nota. Stabilire se gli attacchi siano inattesi o attesi è fondamentale.

La frequenza e la gravità degli attacchi sono variabili. In termini di frequenza, possono esservi attacchi moderatamente frequenti e che si manifestano regolarmente per mesi, oppure brevi serie di attacchi più frequenti, intervallate da settimane o mesi privi di attacchi. In termini di gravità, gli individui possono avere sia attacchi completi sia attacchi paucisintomatici.

Le paure relative agli attacchi di panico di solito riguardano solitamente preoccupazioni fisiche come malattie non diagnosticate, preoccupazioni sociali o paura di "impazzire" o 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. Se è presente anche agorafobia, viene posta diagnosi separata.

Un tipo di attacco di panico inaspettato è quello *notturno*, che comporta il risveglio dal sonno in uno stato di panico. 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 legati a preoccupazioni relative alla salute fisica e mentale. Ad es., gli individui con DDP spesso immaginano esiti catastrofici da un sintomo fisico o da un effetto collaterale farmacologico di lieve entità.

Nella popolazione generale, le stime di prevalenza a 12 mesi è di circa il 2-3% della popolazione adulta e adolescente. L'età media di insorgenza dell'attacco di panico è di 20-24 anni e, se non trattato, il decorso è cronico, ma con oscillazioni sintomatologiche.

Tra i fattori di rischio/prognosi citiamo fattori temperamental (affettività negativa, sensibilità all'ansia), fattori ambientali (abuso sessuale e l'esposizione al fumo di sigaretta sono due fattori di rischio molto comuni) e fattori genetici e fisiologici (nonostante si pensi vi siano dei geni che predispongano all'attacco di panico, essi non sono stati ancora ben specificati). Non vi sono differenze sostanziali rispetto al genere sessuale. Si è visto che alcune sostanze come sodio lattato, caffeina, anidride carbonica possono provocare attacchi di panico a livelli più elevati.

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. Diverse sindromi culturale sono associate al disturbo di panico: *trùng giò, ataque de nervios, khyàl*.

Una storia di attacco di panico è associata a un più alto rischio di tentativo di suicidi e ideazione suicidaria. Il disturbo è associato ad alti livelli di disabilità sociale, lavorativa e fisica, notevoli costi economici e più alto numero di visite mediche. Questi individui possono inoltre assentarsi spesso dal lavoro o dalla scuola, cosa che può portare alla disoccupazione o all'abbandono scolastico.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbo d'ansia con altra specificazione e disturbo d'ansia senza specificazione: Il disturbo di panico non dovrebbe essere diagnosticato se non si sono verificati attacchi di panico completi.
- Disturbi d'ansia dovuti ad un'altra condizione medica: se l'attacco di panico è correlato alla condizione medica, allora non viene diagnosticato il disturbo di panico, ma quello d'ansia dovuto ad un'altra condizione medica.
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci: Se gli attacchi di panico sono correlati all'uso di una sostanza, non viene diagnosticato il disturbo di panico.

- Altri disturbi mentali con attacchi di panico come caratteristica associata: gli attacchi di panico che si verificano come sintomi di altri disturbi d'ansia sono attesi, e quindi non soddisferebbero i criteri per un disturbo di panico. Tuttavia, se l'individuo esperisce anche attacchi di panico inaspettati e mostra preoccupazione e timore persistenti oppure una modificazione comportamentale a causa degli attacchi di panico, allora dovrebbe essere considerata una diagnosi addizionale.

Comorbilità: Il disturbo di panico si presenta poco frequentemente senza altri disturbi psicopatologici. Tra i disturbi più associati troviamo il disturbo depressivo, disturbi d'ansia, disturbi da condizioni mediche generali, agorafobia.

Specificatori dell'attacco di panico

Nota: vengono presentati i sintomi al fine di identificare l'attacco di panico: tuttavia, l'attacco di panico non è un disturbo mentale, per cui 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 (depressivi, da stress post-traumatico, da uso di sostanze...) e nell'ambito di alcune condizioni mediche. Quando viene rilevata la presenza di un attacco di panico, esso dovrebbe essere registrato come uno *specificatore* (es. "disturbo da stress post-traumatico con attacchi di panico").

Una comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano 4 (o più) dei seguenti sintomi:

Nota: la comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete o da uno stato ansioso.

1. Palpitazioni, cardiopalma, tachicardia
2. Sudorazioni
3. Tremori fino 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 svenimento
9. Brividi o vampate di calore
10. Parestesie (sensazioni di torpore o formicolii)
11. Derealizzazione (sensazione di irrealità), o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi)
12. Paura di perdere il controllo o "impazzire"
13. Paura di morire.

Nota: possono essere osservati sintomi specifici per cultura (es. tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come 1 dei 4 richiesti.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale dell'attacco di panico è la paura improvvisa che raggiunge il picco in pochi minuti, durante il quale si verificano i 4 o di 13 sintomi fisici e cognitivi. 11 di questi 13 sono sintomi fisici, mentre gli altri 2 sono cognitivi. La "paura di impazzire" è un termine colloquiale usato spesso dagli individui con ADP. L'espressione "in pochi minuti" significa che il tempo in cui l'intensità raggiunge il picco è letteralmente brevissimo.

Un attacco di panico può insorgere sia da uno stato ansioso che da uno di quiete. Esistono due tipi di ADP: attesi o situazionali e inaspettati. Quelli attesi sono ADP per i quali vi è un evidente elemento scatenante, come situazioni in cui gli ADP si sono tipicamente verificati. Un tipo di attacco inaspettato è, invece, quello *notturno*, che comporta il risveglio dal sonno in uno stato di panico. Stabilire la qualità degli ADP è compito del clinico. Per una diagnosi di disturbo di Panico sono richiesti ricorrenti ADP inaspettati.

Gli ADP sono associati ad un più alto tasso di tentativi di suicidio e ideazione suicidaria. Le stime di prevalenza sono dell'11,2% negli adulti. Gli ADP possono verificarsi nei bambini, ma sono relativamente rari fino all'età della pubertà. L'età media di insorgenza è di 20-23 anni.

Tra i fattori di rischio troviamo fattori temperamentali (come sensibilità all'ansia e affettività negativa) e ambientali (come l'esposizione al fumo di sigaretta, a eventi stressanti ecc.). Rispetto al genere, gli attacchi di panico sono maggiormente frequenti nelle femmine.

Tra i 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'ADP può essere preceduto da instabilità cardiorespiratorie.

Nel contesto di disturbi mentali concomitanti, tra cui disturbi d'ansia, depressivi, da uso di sostanze, psicotici e di personalità, gli ADP sono associati ad aumento della gravità dei sintomi, maggiori tassi di comorbilità e di suicidio e una minore risposta al trattamento.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Altri episodi parossistici (es. "attacco di rabbia"): l'attacco di panico non dovrebbe essere diagnosticato se, al posto della paura e disagio improvviso, compaiono altri stati emotivi.
- Disturbo d'ansia dovuto ad un'altra condizione medica: Se l'attacco di panico è direttamente correlato e dipendente dalla condizione medica, non dovrebbe essere diagnosticato.
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci: Se l'attacco di panico è direttamente correlato e dipendente all'assunzione da sostanza o da un farmaco, non dovrebbe essere diagnosticato.
- Disturbo di panico: Ripetuti attacchi di panico inaspettati sono necessari ma non sufficienti per una diagnosi di disturbo di panico. Per essere diagnosticato, devono essere soddisfatti tutti i criteri richiesti.

Comorbilità: Tra i disturbi maggiormente associati abbiamo i disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi bipolarì, disturbo del controllo degli impulsi e disturbo da abuso di sostanze.

Agorafobia

Criteri diagnostici

- A. Paura o ansia marcate, relative a 2 (o più) delle seguenti situazioni:
 1. Utilizzo dei trasporti pubblici (es. autobus, treni, bus, navi, aerei).
 2. Trovarsi in spazi aperti (es. parcheggi, mercati, ponti).
 3. Trovarsi in spazi chiusi (es. negozi, teatri, cinema).
 4. Stare in fila oppure fra 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 (es. negli anziani paura di cadere, paura dell'incontinenza).
- C. La situazione agorafobica provoca quasi sempre paura o ansia.
 - D. Le situazioni agorafobiche vengono sistematicamente evitate o richiedono la presenza di un accompagnatore o vengono sopportate con paura o ansia intensa.
 - 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 (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 situazionale; non coinvolgono solamente situazioni sociali (come nel disturbo d'ansia sociale) e non sono legate esclusivamente a ossessioni (come nel disturbo ossessivo-compulsivo); a difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico (come nel disturbo del dismorfismo corporeo); a ricordi di eventi traumatici (come nel disturbo post-traumatico da stress); oppure a timore dalla separazione (come nel disturbo d'ansia da separazione).

Nota: l'agorafobia può essere 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 e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale dell'agorafobia è paura e ansia intense, innescata dall'esposizione reale o anticipata a un'ampia gamma di situazioni (criterio A). La diagnosi richiede la presenza di sintomi che si verificano in almeno 2 delle seguenti 5 situazioni: utilizzare i trasporti pubblici, trovarsi in spazi aperti, trovarsi in spazi chiusi, stare in fila o tra la folla, essere fuori casa da soli. 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, questi individui pensano potrebbe essere difficile fuggire da tali situazioni, o che potrebbe non essere disponibile alcun soccorso in caso di bisogno. I "sintomi di panico" si riferiscono a qualunque dei 13 sintomi elencati nei criteri per l'attacco di panico, come vertigini, svenimento, paura di morire. "altri sintomi invalidanti o imbarazzanti" comprendono vomito, paura di cadere, senso di disorientamento.

La quantità di paura può variare in base alla prossimità della situazione temuta, e può verificarsi in previsione oppure durante la reale presenza della situazione agorafobica. Per poter porre diagnosi di agorafobia, l'ansia o la paura devono scatenarsi ogni volta che si teme l'esposizione alla situazione. Se un individuo diventa ansioso solo qualche volta rispetto alla situazione, non dovrebbe ricevere questa diagnosi. L'individuo evita attivamente l'esposizione alla situazione temuta. "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 portato alle estreme conseguenze può diventare talmente grave da spingere la persona a chiudersi in casa. I sintomi ansiogeni devono risultare sproporzionati rispetto al reale pericolo dell'esposizione a tale situazione (criterio E). Nelle forme più gravi l'agorafobia costringe gli individui a non uscire di casa e a dipendere da altri per soddisfare le necessità quotidiane. Il decorso, se non trattato, è tipicamente cronico e persistente. La remissione completa è rara.

Le femmine hanno il doppio delle probabilità di ricevere una diagnosi di agorafobia, rispetto ai maschi. Nella maggior parte dei casi l'esordio avviene entro i 35 anni, ma l'età media è intorno ai 17 anni. La bassa prevalenza del disturbo 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 e 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 attentamente. Gli adulti più anziani presentano spesso comorbilità con disturbi da sintomi somatici o disturbi motori (es. sensazioni di cadere) come ragioni della paura e dell'evitamento. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: l'inibizione comportamentale e la disposizione nevrotica sono strettamente associate all'agorafobia.
- Fattori ambientali: Eventi negativi in età infantile (es. separazione, morte di un genitore) e altri eventi stressanti, come essere aggrediti, sono associati all'insorgenza del disturbo. Inoltre, gli agorafobici 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 è del 61%. Di tutte le fobie, questa è la più forte e con la più specifica associazione con il fattore genetico che predispone alle fobie.

Tra le conseguenze funzionali del disturbo, citiamo una considerevole compromissione e disabilità in termini di funzionamento di ruolo, produttività lavorativa e giorni di malattia. La gravità dei sintomi è una forte determinante del grado di disabilità che ne deriva.

Quando sono soddisfatti appieno i criteri per l'agorafobia e per un altro disturbo, dovrebbero essere diagnosticati entrambi, a meno che paura, ansia o evitamento dell'agorafobia non siano attribuibili a un altro disturbo.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Fobia specifica, tipo situazionale: differenziare l'agorafobia dalla fobia specifica situazionale può essere difficile, perché condividono molte caratteristiche e 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 2 o più situazioni agorafobiche è un mezzo affidabile per la differenziale.
- Disturbo d'ansia da separazione: Per differenziare i due disturbi bisogna considerare l'ideazione cognitiva: nell'agorafobia i sintomi si concentrano sui sintomi di panico e sulle situazioni temute, mentre nel disturbo d'ansia da separazione i pensieri si concentrano sull'ansia di separazione da figure significative.
- Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale): nel disturbo d'ansia sociale, l'ansia è dovuta alla paura di essere valutati negativamente dagli altri.
- Disturbo di panico: l'agorafobia non dovrebbe essere diagnosticata se l'evitamento associato agli attacchi di panico non si estende anche ad una o due situazioni agorafobiche.
- Disturbo da stress acuto e disturbo da stress post-traumatico: Se la paura, l'ansia o l'evitamento sono collegati a situazioni che ricordano all'individuo la situazione traumatica, allora è giustificata una diagnosi di agorafobia.
- Disturbo depressivo maggiore: nel DDM, 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: se i sintomi sono associati e correlati alla condizione medica, non dev'essere diagnosticata l'agorafobia.

Comorbilità: La maggior parte degli individui con agorafobia hanno anche altri disturbi mentali in comorbilità. I disturbi maggiormente associati sono i disturbi d'ansia, depressivi, DSPT, disturbo di abuso di alcool.

Disturbo d'ansia generalizzata

99

Criteri diagnostici

- A. Ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni, per almeno 6 mesi, relative ad una quantità di eventi o di attività.
- B. L'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.
- C. L'ansia e la preoccupazione sono associate a 3 (o più) dei 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, 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. Alterazione del sonno (difficoltà ad addormentarsi o mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).
- D. L'ansia, la preoccupazione e i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- E. La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (es. droga o farmaco) o di un'altra condizione medica (es. ipertiroidismo).
- F. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale (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 da separazione, i ricordi di eventi traumatici nel disturbo post-traumatico da stress, il prendere peso nell'anoressia nervosa, le lamentele fisiche nel disturbo da sintomi somatici, i difetti percepiti nell'aspetto fisico nel disturbo da dismorfismo corporeo, l'avere una grave malattia nel disturbo d'ansia da malattia, oppure il contenuto di convinzioni deliranti nella schizofrenia o nel disturbo delirante).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale del disturbo d'ansia generalizzato è la presenza di ansia e preoccupazione eccessive, relative a una quantità di eventi o attività. L'individuo non riesce a bloccare la preoccupazione relativa a situazioni quotidiane fra cui questioni economiche, di salute, disgrazie che potrebbero capitare. Nel corso del disturbo, il focus della preoccupazione potrebbe spostarsi da un oggetto/attività all'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 preoccupazioni più pressanti. In secondo luogo, le preoccupazioni associate al disturbo sono

più pervasive, più angoscianti; hanno una maggior durata, e si verificano anche in assenza di fattori scatenanti. Quanto maggiore è la gamma di circostanze di vita che preoccupa una persona, tanto maggiori sono le probabilità che i sintomi soddisfino i criteri per il disturbo d'ansia generalizzata. In terzo luogo, individui affetti dal disturbo lamentano sintomi fisici, come tremori, dolori muscolari, sudorazione, nausea, diarrea. I sintomi di iperattivazione vegetativa (es. aumentato ritmo cardiaco) sono meno conspicui che in altri disturbi d'ansia.

Molti degli individui con disturbo d'ansia riferiscono di sentirsi ansiosi per tutta la vita. L'avvento di una patologia fisica cronica può rappresentare un elemento centrale per una eccessiva preoccupazione negli anziani. L'età media di esordio è intorno ai 30 anni, nonostante possa insorgere a qualunque età, ma comunque raramente prima dell'adolescenza. I sintomi tendono ad avere un andamento altalenante durante tutta la vita. Tra le preoccupazioni maggiori di bambini e adolescenti vi sono prestazione scolastica e attività sportive mentre, per gli adulti, le preoccupazioni maggiori sono relative al benessere familiare e la salute.

Il disturbo d'ansia generalizzato è maggiormente frequente nelle donne rispetto ai maschi.

Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: l'inibizione comportamentale, l'affettività negativa e l'evitamento del danno sono stati associati al disturbo.
- Fattori ambientali: avversità infantile ed iperprotettività genitoriale sono state associate al disturbo, pur senza evidenze scientifiche sufficienti.
- Fattori genetici e fisiologici: 1/3 del rischio di soffrire di questo disturbo è genetico.

Nell'espressione di questo disturbo, vi è una considerevole variabilità culturale. In alcune culture, ad esempio, predominano i sintomi somatici, mentre in altre prevalgono quelli cognitivi. Quando si valuta il quadro clinico, risulta dunque importante considerare anche il contesto culturale cui appartiene l'individuo.

Tra le conseguenze funzionali del disturbo, l'eccessiva preoccupazione compromette la capacità di svolgere compiti velocemente ed efficientemente, sia in casa che sul lavoro. La preoccupazione richiede tempo ed energia; i sintomi fisici causano stanchezza ed irritabilità. Il disturbo può essere associato a disabilità e disagio significativi.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbo d'ansia dovuto ad un'altra condizione medica: Se l'ansia, valutata da esami, anamnesi e dati di laboratorio, risulta correlata alla condizione medica, allora non si farà diagnosi di disturbo d'ansia generalizzata.
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci: Se l'ansia, valutata da esami, anamnesi e dati di laboratorio, risulta correlata all'assunzione di una data sostanza o farmaco, allora non si farà diagnosi di disturbo d'ansia generalizzata.
- Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale): in questo caso, la differenza sta nel fatto che individui con fobia sociale sono preoccupati, ansiosi di ricevere da altri una valutazione negativa in una situazione sociale.
- Disturbo ossessivo-compulsivo: Nel disturbo ossessivo-compulsivo le ossessioni sono idee inappropriate che prendono vita da pensieri indesiderati, mentre nell'ansia generalizzata le ansie eccessive riguardano preoccupazioni per la vita quotidiana.
- Disturbo da stress post-traumatico e disturbi dell'adattamento: Se i sintomi dell'ansia sono meglio spiegati dal DSPT, allora non si pone diagnosi di disturbo d'ansia generalizzata.

- Disturbo depressivo, bipolare, psicotico: non si pone diagnosi d'ansia generalizzata se le ansie e le preoccupazioni si sono manifestate soltanto durante episodi depressivi, bipolari o psicotici.

Comorbilità: Tra i maggiori disturbi associati troviamo i disturbi d'ansia e il disturbo depressivo unipolare.

Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci

Criteri diagnostici

101

- Nel quadro clinico predominano attacchi di panico o ansia.
- Sono evidenti dall'anamnesi, dall'esame obiettivo o da dati di laboratorio entrambi gli elementi 1) e 2):
 - 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;
 - La sostanza/farmaco coinvolta è in grado di produrre i sintomi di cui al Criterio A.
- 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 (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.
- La condizione non si manifesta solamente durante il corso di un delirium.
- La condizione causa disagio clinicamente significativo o compromissione nell'area lavorativa, sociale 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.

Specificare se:

- 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 da 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 modifica o a un cambiamento dell'uso.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale del disturbo d'ansia indotto da farmaci/sostanze è la presenza di rilevanti sintomi d'ansia o panico direttamente correlati all'uso della stessa. Se si interrompe l'uso del farmaco/sostanza che ha causato i sintomi questi, normalmente, tendono a scomparire nel giro di qualche giorno fino ad un massimo di un mese. Tra le sostanze che possono essere associate all'intossicazione ci sono caffè, alcool, cannabis, allucinogeni, inalanti e altri stimolanti; mentre sostanze associate all'astinenza possono essere alcool, oppiacei, sedativi, ipnotici, ansiolitici. Anche alcune sostanze tossiche o metalli (insetticidi, gas nervini, benzina) possono causare panico o ansia.

Esami di laboratorio 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.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Intossicazione e astinenza da sostanze: si dovrebbe diagnosticare il disturbo d'ansia indotto da sostanze quando i sintomi sono così gravi da giustificare attenzione clinica indipendente e se soddisfatti tutti i criteri.
- Disturbo d'ansia, non indotto da sostanze: quando i sintomi dell'ansia non sono direttamente correlati all'uso di sostanze o farmaci specifici.
- Delirium: se i sintomi d'ansia e panico si manifestano solo durante il delirium, non viene posta diagnosi aggiuntiva.
- Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica: se i sintomi d'ansia e panico sono correlati ad una condizione medica e non all'uso di una sostanza o farmaco.

102

Disturbo d'ansia dovuto ad un'altra condizione medica

Criteri diagnostici

- A. Nel quadro clinico predominano attacchi di panico o ansia.
- B. Vi è evidenza dall'anamnesi, dall'esame obiettivo e 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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del disturbo d'ansia dovuto ad una altra condizione medica è un'ansia clinicamente significativa direttamente correlata con la condizione medica sottostante; i sintomi ansiogeni possono includere attacchi di panico (A). Questa condizione deve essere valutata attraverso l'anamnesi, dati di laboratorio o esame obiettivo e il disturbo non deve essere meglio spiegato da qualsiasi altro disturbo mentale. Nella valutazione della condizione medica dovrebbero essere tenuti presenti molti fattori, come la presenza di un legame fra esordio, esacerbazione e remissione dei sintomi e della condizione medica stessa. Lo sviluppo e il decorso del disturbo d'ansia dovuto a condizione medica in genere segue quello della patologia sottostante. Molte patologie mediche sottendono l'ansia, come sindromi endocrine (ipertiroidismo, ipoglicemia), disturbi cardiovascolari (scompenso cardiaco, embolia polmonare, aritmia), malattie respiratorie (asma, polmonite), alterazioni metaboliche (deficienza vitamina B12, porfiria) e malattie neurologiche (neoplasie, encefalite). Esami di laboratorio e/o medici sono necessari al fine di confermare la diagnosi della condizione medica associata.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con i seguenti disturbi:

- Delirium: se il disturbo d'ansia si manifesta esclusivamente durante un delirium non si dovrebbe porre diagnosi di disturbo d'ansia dovuto a condizione medica.
- Manifestazione combinata di sintomi: se la presentazione comprende diversi sintomi, lo specifico disturbo mentale dipende da quali sintomi predominano nel quadro clinico.
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci: Se l'ansia risulta correlata all'assunzione di sostanze o farmaci, allora non si dovrebbe porre diagnosi di disturbo d'ansia dovuto ad un'altra condizione medica.

- Disturbo d'ansia (non dovuto ad un'altra condizione medica): Ciò che differenzia i disturbi d'ansia da quest' ultimo è la presenza di stimoli ansiogeni dovuti alla condizione medica sottostante.
- Disturbo da ansia da malattia: Questo disturbo è caratterizzato dall'ansia dovuta alla preoccupazione per la malattia, per le manifestazioni somatiche ad essa associate ecc. ma non è dovuto ad una condizione medica sottostante.
- Disturbo dell'adattamento: nel disturbo dell'adattamento, l'ansia è in genere correlata alle strategie di *coping* nei confronti dello stress di avere una condizione medica generale, ma non sono direttamente correlate con essa.
- Caratteristica associata ad un altro disturbo mentale: es. schizofrenia, anoressia nervosa.
- Disturbo d'ansia con altra specificazione o senza specificazione: si pone questa diagnosi quando non è possibile stabilire se il disturbo d'ansia è primario, dovuto a condizione medica o a abuso di sostanze/farmaci.

Disturbo d'ansia con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui 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 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 (es. "ansia generalizzata che non si verifica per 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. Khyal cap (attacchi di vento).
4. Ataque de nervios (attacco di nervi).

Disturbo d'ansia senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui 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 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 precisa (per es. in contesti di pronto soccorso).

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati

La categoria del 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 di escoriazione (stuzzicamento della pelle)
- disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci
- disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuti ad altra condizione medica
- disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione e senza specificazione.

Disturbo ossessivo-compulsivo

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 e disagio marcati.
2. Il soggetto tenta di evitare o sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (cioè mettendo in atto delle compulsioni).

Le **compulsioni** sono definite da 1) e 2):

1. Comportamenti ripetitivi (es. lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (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 e le azioni mentali sono volte a prevenire o ridurre l'ansia o il disagio e a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; tuttavia, questi comportamenti o azioni 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 (es. più di un'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 (es. una droga, un farmaco) o ad un'altra condizione medica.
- D. Il disturbo non è meglio spiegato dai sintomi di un altro disturbo mentale (es. eccessive preoccupazioni, come nel disturbo d'ansia generalizzato; preoccupazioni legate all'aspetto, come nel disturbo di dismorfismo corporeo; difficoltà di gettare via o separarsi dalle proprie cose, come nel disturbo da accumulo; strapparsi peli, come nella tricotillomania; stuzzicamento della pelle, come nel disturbo da escoriazione; 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 da malattia; impulsi o fantasie sessuali, come nel disturbo parafiliaco; impulsi, come nel disturbo 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 DOC sono decisamente o probabilmente non vere e che esse possono essere o non essere vere.
- Con insight scarso: l'individuo pensa che le convinzioni del DOC siano probabilmente vere.
- Con insight assente/convinzioni deliranti: L'individuo è assolutamente convinto che le convinzioni del DOC siano vere.
- Correlato a tic: l'individuo ha una storia attuale o passata di disturbo da tic.

105

Specificatori

Molti individui con DOC hanno convinzioni disfunzionali. Queste possono includere un esagerato senso di responsabilità e la tendenza a sovrastimare la minaccia; perfezionismo e intolleranza all'incertezza; assegnazione di un'eccessiva importanza ai pensieri e al bisogno di controllarli. Questi individui variano nel grado di insight che possiedono relativamente alla correttezza delle convinzioni che sottostanno i loro sintomi. Molti hanno un insight buono o sufficiente (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 e pochi hanno un insight assente/convinzioni deliranti, con una prognosi ed un decorso peggiori. Fino al 30% di questi individui ha un disturbo da tic per tutta la vita.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

I sintomi caratteristici del DOC sono le ossessioni e le compulsioni (A). Le ossessioni rappresentano dei pensieri (es. di contaminazione), immagini (es. scene raccapriccianti) o impulsi (es. accoltellare qualcuno) ripetitivi e persistenti, vissuti dall'individuo come spiacevoli e intrusivi, che causano disagio significativo. L'individuo cerca di ignorare o sopprimere tali ossessioni, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni. Le compulsioni – o rituali – sono comportamenti ripetitivi (es. lavare, controllare) o azioni mentali (es. contare) che il soggetto si sente spinto a mettere in atto in risposta all'ossessione, secondo regole che devono essere applicate rigidamente. La maggior parte degli individui con DOC ha sia ossessioni che compulsioni.

Le compulsioni non sono collegate in maniera realistica al comportamento che intendono evitare e sono eccessive rispetto ad esso. Il criterio B sottolinea che sia le ossessioni che le compulsioni fanno spendere molto tempo all'individuo, causando disagio e compromissione severi. Questo criterio serve a distinguere il DOC da occasionali pensieri intrusivi o comportamenti ripetitivi che sono comuni nella popolazione generale. La frequenza e la gravità è variabile, impegnando da 1 a 3 ore al giorno fino a tutta la giornata.

Il paziente può avere un insight più o meno elevato, a seconda della capacità di riconoscere ossessioni/compulsioni come vere o meno. Il contenuto delle ossessioni/compulsioni varia a seconda degli individui; nonostante ciò alcuni temi sono ricorrenti, come pulizia, simmetria, danno, pensieri proibiti o tabù. Alcuni individui hanno anche difficoltà a gettare via gli oggetti e li accumulano come conseguenza di tipiche ossessioni e compulsioni, che il timore di danneggiare gli altri.

Gli individui con DOC spesso sperimentano ansia, attacchi di panico, sentimenti di disgusto o incompletezza davanti alle ossessioni. Durante la messa in atto delle compulsioni, alcuni riferiscono un angosciante senso di “incompletezza” o inquietudine finché le cose non sembrano “giuste”. E’ inoltre comune l’evitamento di persone, luoghi e cose che innescano ossessioni e compulsioni.

La prevalenza annuale negli USA è dell'1,2%. L'esordio si aggira intorno ai 20 anni e, se non trattato, il decorso è cronico, con oscillazioni della sintomatologia. I maschi hanno un esordio più precoce delle femmine. L'esordio in età infantile può comportare la presenza del disturbo per tutta la vita. Nei bambini, le compulsioni vengono diagnosticate prima rispetto alle ossessioni, in quanto direttamente osservabili.

Tra i fattori di rischio/prognos associati a questo disturbo abbiamo i fattori temperamentalni (come emotività negativa, inibizione comportamentale), fattori ambientali (come abuso fisico e sessuale in età infantile o esperienza traumatiche negative nella prima infanzia) e fattori genetici e fisiologici (sono risultate maggiormente coinvolte le disfunzioni a carico della corteccia orbitofrontale, cingolata anteriore e dello striato. Rispetto all'ereditarietà, risulta presente una familiarità in questo disturbo).

Circa la metà di individui con DOC ha avuto idee suicidarie, e l' associazione con il disturbo depressivo maggiore ne aumenta considerevolmente il rischio. Il DOC causa una compromissione di aree importanti della vita quotidiana dell' individuo; le ossessioni e le compulsioni "occupano" del tempo, e anche l'evitamento di alcune situazioni può causare disagio nella vita scolastica, lavorativa, sociale. Es. ossessioni relative alla simmetria possono far deragliare il puntuale completamento dei progetti perché questi, al soggetto, non sembrano mai "giusti". Talvolta, i sintomi ossessivi causano problemi al trattamento stesso; ad esempio, quando si teme che i farmaci siano "contaminati". Infine, alcuni individui con DOC tentano di imporre regole e divieti ai membri della famiglia a causa del loro disturbo, il che può portare a una disfunzione familiare.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbi d'ansia: Ciò che differenzia il DOC da tutti gli altri disturbi d'ansia riguarda il contenuto dei pensieri ansiogeni: ad es., le preoccupazioni relative al disturbo d'ansia generalizzata riguardano pensieri reali, della vita quotidiana, cosa che non accade nel DOC; nella fobia specifica, l'oggetto è circoscritto e non sono presenti rituali.
- Disturbo depressivo maggiore: il DOC deve essere distinto dalle ruminazioni del disturbo depressivo maggiore; rispetto ad esse, nel DOC l'ossessione è associata con la compulsione.
- Altri disturbi ossessivo-compulsivo e correlati: nel disturbo di dismorfismo corporeo, le ossessioni sono limitate al pensiero del corpo; nella tricotillomania allo strapparsi i peli in assenza di ossessioni. I sintomi del disturbo da accumulo si concentrano esclusivamente sulla difficoltà di gettare via o separarsi dai propri averi.
- Disturbi alimentari: rispetto all'anorexia e bulimia nervosa, nel DOC le ossessioni non sono solo relative al cibo.
- Tic (disturbo da tic) e movimenti stereotipati: Le compulsioni sono generalmente precedute da ossessioni rispetto ai tic, che invece sono preceduti da impulsi sensoriali premonitori.
- Disturbi psicotici: alcuni individui con DOC hanno un insight scarso o convinzioni deliranti; tuttavia, essi hanno ossessioni e compulsioni e non altre caratteristiche della schizofrenia o del disturbo schizoaffettivo, come disturbo del pensiero formale o allucinazioni.
- Altri comportamenti simil-compulsivi: alcuni comportamenti vengono a volte descritti come "compulsivi", tra cui il comportamento sessuale, il gioco d'azzardo patologico e l'uso di sostanze, ma essi si differenziano dal DOC in quanto l'individuo, di solito, trae piacere dall'oggetto dall'attività.
- Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità: questo disturbo è caratterizzato da un duraturo e pervasivo pattern disadattivo di eccessivo perfezionismo e controllo rigido e non, come per il DOC, da pensieri e immagini ripetitive o impulsi comportamentali intrusivi.

Comorbilità: Il DOC spesso si trova in comorbilità con altri disturbi come: disturbi d'ansia, depressivo o bipolare. Fino al 30% manifesta anche un disturbo da tic. Altri disturbi frequentemente in comorbilità possono essere il disturbo da dismorfismo corporeo, la tricotillomania, il disturbo da escoriazione e i disturbi caratterizzati da impulsività, come l'oppositivo-provocatorio.

Disturbo di dismorfismo corporeo

107

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 (es. guardarsi allo specchio, curarsi eccessivamente del proprio aspetto, stuzzicarsi la pelle, cercare rassicurazioni) o azioni mentali (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 spiegata da preoccupazioni legate al grasso corporeo o al peso di un individuo i cui sintomi soddisfano i criteri per un disturbo alimentare.

Specificare se:

- **Con dismorfia muscolare:** l'individuo è preoccupato dell'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 del dismorfismo corporeo (es. "sono brutto/a" oppure "sono deformi").

- 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 siano probabilmente vere.
- Con insight assente/convinzioni deliranti: L'individuo è assolutamente sicuro che le convinzioni del disturbo siano vere.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale del disturbo del dismorfismo corporeo (in precedenza noto come **dismorfofobia**) è la preoccupazione che uno o più difetti relativi al proprio fisico possano essere considerati brutti, deformi, anormali (A). Queste imperfezioni percepite dall'individuo sono eccessive rispetto alla reale (presunta) imperfezione. In relazione alla preoccupazione, vengono messe in atto delle azioni - mentali o comportamentali - che aumentano l'ansia e la preoccupazione (B). Fra queste troviamo, ad esempio, il guardarsi ripetutamente allo specchio, camuffarsi, dedicarsi eccessivamente alla cura di sé o confrontarsi in maniera eccessiva con gli altri. E' possibile anche riscontrare uno stuzzicamento della pelle compulsivo, atto a migliorare difetti cutanei percepiti, che può arrivare a causare lesioni cutanee, infezioni e rottura dei vasi

sanguigni. Tra i maschi esiste il *dismorfismo muscolare*, cioè la preoccupazione che il proprio fisico sia troppo piccolo o poco snello o poco muscoloso. Di solito, individui con questo disturbo hanno invece un fisico muscoloso o comunque snello. Generalmente sono individui che seguono una dieta, fanno sport e curano molto il loro fisico. Possono anche essere preoccupati per altre parti del corpo, come capelli o pelle. Molti individui con dismorfismo corporeo hanno idee deliranti. Ad esempio, possono credere che tutti li osservino e li giudichino per il loro aspetto. Molti di loro arrivano a sottoporsi a diversi trattamenti estetici, intentando cause legali contro il medico che non ha garantito loro una soddisfazione legata al risultato estetico. Generalmente, sono riluttanti a manifestare agli altri le loro preoccupazioni. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento globale (C) dell'individuo. Gli individui con dismorfismo corporeo manifestano anche disfunzioni esecutive ed anomalie del processamento visivo, con una propensione ad analizzare e codificare dettagli piuttosto che aspetti olistici o di configurazione generale dello stimolo visivo. Tendono ad avere anche una propensione per interpretazioni negative e minacciose delle espressioni facciali e degli scenari ambigui.

Il punto di prevalenza tra adulti statunitensi è del 2,4%. L'età media di insorgenza si aggira intorno ai 16-17 anni, ma il disturbo si manifesta in individui di tutte le età; anche negli anziani, seppur con minore frequenza.

Tra i fattori di rischio/prognosi troviamo fattori ambientali (associati a questo disturbo c'è un alto tasso di trascuratezza e abuso durante l'età infantile) e fattori genetici e fisiologici (la prevalenza di questo disturbo è elevata in parenti di 1° di individui con DOC). Rispetto al genere non si riscontrano differenze sostanziali, ma i maschi sembrano avere più preoccupazioni legate ai genitali, mentre le femmine hanno un più alto tasso di comorbilità con i disturbi alimentari.

I tassi dell'ideazione suicidaria e dei tentativi di suicidio sono alti sia negli adulti sia nei bambini/adolescenti con disturbo di dismorfismo corporeo. Tutti gli individui con questo disturbo mostrano una compromissione della vita quotidiana in aree importanti, come l'area sociale e lavorativa. Circa il 20% abbandona gli studi a causa dei sintomi del disturbo. Gli individui possono essere costretti in casa per anni a causa dei sintomi, e subire diversi ricoveri ospedalieri.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Normali preoccupazioni relative all'aspetto e a difetti fisici evidenti: in questo caso, le preoccupazioni non sono eccessive come nel disturbo di dismorfismo corporeo.
- Disturbi alimentari: A differenza del dismorfismo corporeo, nei disturbi alimentari l'ansia e le preoccupazioni sono relative al cibo.
- 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.
- Disturbo da ansia da malattia: nel dismorfismo corporeo, l'ansia è correlata alla preoccupazione per difetti fisici e non alla presenza di un'eventuale malattia.
- Disturbo depressivo maggiore: disturbo depressivo maggiore e sintomi depressivi sono comuni in individui con dismorfismo corporeo. Per la diagnosi, però, devono essere soddisfatti tutti i criteri.
- Disturbi d'ansia: le preoccupazioni del disturbo di dismorfismo corporeo riguardano la percezione del corpo e non situazioni generali (ansia generalizzata), specifiche (fobie specifiche) o sociali (come nell'ansia sociale).
- Disturbi psicotici: molti individui con dismorfismo hanno convinzioni deliranti legate all'aspetto. Idee o deliri di riferimento legati all'aspetto sono comuni nel dismorfismo; tuttavia, a differenza dei disturbi dello spettro della schizofrenia, esso coinvolge preminenti preoccupazioni per l'aspetto, mentre risultano assenti il comportamento disorganizzato e altri sintomi psicotici.

- Altri disturbi e sintomi: il disturbo non dovrebbe essere diagnosticato se la preoccupazione è limitata al malessere o al desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie 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 rientra nei disturbi del DSM-5. Il disturbo dell'integrità dell'identità corporea (che non fa parte 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 autonomia. Tuttavia, la preoccupazione non è focalizzata sull'aspetto dell'arto.

109

Comorbilità: Il disturbo di dismorfismo corporeo si associa spesso ad ansia sociale, DOC e disturbi correlati a sostanze.

Disturbo da accumulo

Criteri diagnostici

- A. Persistente difficoltà di gettar 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 predefinito. Se gli spazi vitali sono sgombri, è solo grazie all'intervento di terze parti (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 (es., trauma cranico, disturbo cerebrovascolare, sindrome di Prader-Will).
- F. L'accumulo non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale (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 alle 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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale del disturbo di accumulo è la persistente incapacità di gettare via oggetti, aldilà del loro valore economico reale (criterio A). La parola “gettare” intende anche smaltire, riciclare, regalare o vendere oggetti. Gli oggetti più comunemente accumulati sono riviste, giornali, borse, libri, posta; molti individui accumulano oggetti di valore, mischiati con quelli di poco valore. L’individuo non è capace di gettare via gli oggetti, in quanto al solo pensiero prova una forte forma di disagio o ansia. Spesso questi oggetti vengono accumulati ovunque, riducendo e limitando lo **“spazio vitale”** in casa (C), fino a non poter più utilizzare lo spazio. Spesso questi individui arrivano a ingombrare anche spazi al di fuori della loro casa, come automobili o garage. Alcuni mostrano tratti di personalità che indicano indecisione, evitamento, procrastinamento, incapacità di organizzazione e vivono in spazi ai limiti dell’igiene che sono la tipica e normale conseguenza di beni accumulati per anni. L’**”ingombro”** viene definito come un ampio gruppo di oggetti, di solito non collegati tra loro, che vengono ammucchiati in modo disorganizzato in spazi progettati per altri scopi (es., tavolo, pavimento). Il normale collezionismo si distingue da questo disturbo perché non provoca compromissione e disagio significativi necessari alla diagnosi (D).

L’accumulo di animali può essere definito come l’accumulo di un gran numero di animali senza la possibilità, per l’individuo, di fornire loro standard minimi di nutrizione, igiene e cure veterinarie.

La prevalenza del disturbo è di circa il 2-6%. L’esordio sembra fissato intorno agli 11-15 anni, con un decorso cronico. Tra i fattori di rischio/prognosi troviamo fattori temperamental (indecisione come caratteristica fondamentale), fattori ambientali (eventi stressanti e traumatici durante l’infanzia) e fattori genetici e fisiologici (il disturbo è ereditario). Rispetto al genere, non vi sono sostanziali differenze. La qualità della vita degli individui con questo disturbo è molto compromessa: l’igiene è scarso, gli elettrodomestici spesso sono rotti, possono presentarsi rischi per la salute in generale e un forte utilizzo dei servizi sociali. E’ comune il conflitto con vicini di casa e l’avere una storia di sfratti alle spalle.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Altre condizioni mediche: Se il disturbo è direttamente causato da una condizione medica sottostante, allora non viene diagnosticato.
- Disturbo del neurosviluppo: Il disturbo da accumulo non viene diagnosticato se è una diretta conseguenza di un disturbo del neurosviluppo.
- Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici: Il disturbo di accumulo non viene diagnosticato se è diretta conseguenza di deliri, sintomi negativi della schizofrenia o disturbi psicotici.
- Disturbo 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 è direttamente collegato con le ossessioni e compulsioni tipiche del DOC.
- Disturbi neurocognitivi: Il disturbo di accumulo non può essere diagnosticato, se risulta essere una diretta conseguenza di un disturbo neurocognitivo.

Comorbilità: il disturbo di accumulo si trova spesso in comorbilità con un disturbo dell’umore o ansia. Circa il 20% degli individui con disturbo da accumulo ha anche una sintomatologia che soddisfa i criteri per i DOC.

Tricotillomania (Disturbo da strappamento di peli)

Criteri diagnostici

- A. Ricorrente strapparsi i capelli o peli, che porta a perdita di capelli o peli.
- B. Ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo strappamento di capelli o peli.
- C. Lo strapparsi i capelli o peli causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- D. Lo strapparsi i capelli o peli o la loro perdita non sono dovuti ad un'altra condizione medica (es. una condizione dermatologica).
- E. Lo strapparsi i capelli o peli non è dovuto ad un altro disturbo mentale (per es. tentativi di migliorare un percepito difetto o imperfezione nel disturbo di dismorfismo corporeo).

111

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale della tricotillomania è lo strapparsi ricorrente dei capelli o peli (A), che porta inevitabilmente alla loro caduta. Lo strappamento può avvenire in qualsiasi zona del corpo e molti individui possono strappare peli e capelli in zone del corpo poco visibili. In genere, comunque, si cerca di camuffare questa perdita. Questo comportamento crea disagio e compromette aree importanti della vita dell'individuo (C). La tricotillomania può essere accompagnata da vari rituali (strappare i capelli/peli in modo che la radice risulti intatta, o manipolarli una volta strappati) e da vari stati emotivi (ansia, noia, tensione, gratitudine, piacere). Da notare che, di solito, lo strappamento non è accompagnato da una sensazione di dolore. Generalmente, gli individui con tricotillomania usano strapparsi i capelli in solitudine o solo con parenti più stretti; alle volte possono avere l'impulso di strappare capelli/peli di altre persone, al punto di cercare di farlo di nascosto. Associati alla tricotillomania ci sono altri rituali sul corpo, come mordersi il labbro, mangiarsi le unghie ecc.

L'esordio, in genere, avviene con la pubertà ed ha un decorso cronico. Tra i fattori di rischio/prognosi ci sono quelli genetici e fisiologici: esiste infatti una certa familiarità del disturbo. Esso è più comune in individui con DOC e nei loro parenti di 1°, rispetto alla popolazione generale. La tricotillomania è associata ad una compromissione della vita quotidiana dell'individuo; inoltre, lo strappamento può causare danni irreversibili nella crescita dei peli e dei capelli, causando enorme disagio nei rapporti sociali. Alcuni individui possono anche ingerire i peli o i capelli che strappano (tricofagia) con conseguenze negative anche per la salute (anemia, ematemesi, nausea e vomito). Inoltre, lo strappamento può essere accompagnato da comportamenti particolari. Ad esempio, alcuni individui possono scegliere le parti del corpo dove strapparsi i peli/capelli ed in che modo strapparli; se, ad esempio, strapparli con tutta la radice o meno.

Lo strapparsi capelli o peli può essere osservato nei bambini piccoli, ma questo comportamento si risolve solitamente nelle prime fasi dello sviluppo. Poiché la maggior parte degli individui ammette di strapparsi i capelli/peli, la diagnosi dermatologica è raramente necessaria.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Normale rimozione o manipolazione di capelli o peli: la tricotillomania non viene diagnosticata se questi comportamenti avvengono per un fatto estetico.
- Altri disturbi ossessivo-compulsivo e correlati: individui con DOC o dismorfismo corporeo possono strapparsi peli e capelli, come nella tricotillomania. Se ciò avviene, non si pone diagnosi di tricotillomania, ma di DOC o dismorfismo corporeo.

- Disturbi del neurosviluppo: nei disturbi del neurosviluppo, lo strapparsi i capelli o peli fa parte delle *stereotipie*.
- Disturbo psicotico: Se lo strapparsi capelli o peli avviene nel corso di un episodio psicotico, allora non viene diagnosticata la tricotillomania.
- Altra condizione medica: se lo strapparsi capelli/peli è direttamente correlato ad una altra condizione medica, allora non si fa diagnosi di tricotillomania.
- Disturbi correlati a sostanze: se lo strapparsi capelli/peli è direttamente correlato all'uso di una sostanza/farmaco, allora non si fa diagnosi di tricotillomania.

Comorbilità: La tricotillomania è spesso accompagnata da un disturbo di escoriazione e/o disturbo depressivo maggiore.

Disturbo da escoriazione [stuzzicamento della pelle]

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 agli effetti fisiologici di una sostanza (es., cocaina) o di un'altra condizione medica (es., scabbia).
- E. Lo stuzzicamento della pelle non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale (es. deliri o allucinazioni tattili in un disturbo psicotico, tentativi di migliorare difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto nei disturbi di dismorfismo corporeo, stereotipie nei disturbi da movimento stereotipato o intenzione autolesiva nell'autolesionismo non suicidario).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del disturbo di escoriazione è il ricorrente stuzzicamento della propria pelle (criterio A). Le aree di stuzzicamento più comuni sono viso, braccia e mani. Molti individui possono stuzzicare sia la pelle integra che piccole imperfezioni come brufoli, callosità o croste. La maggior parte degli individui si stuzzica con le unghie, anche se molti usano pinzette, spilli o altri oggetti. Oltre allo stuzzicamento può esservi sfregamento, spremitura, punture e morsicatura della pelle.

Gli individui con questo disturbo trascorrono molte ore del giorno mettendo in atto questo comportamento, che può durare mesi o anni. Il criterio A richiede che lo stuzzicamento porti a lesioni cutanee, sebbene gli individui tentino di nasconderle o camuffarle, ad esempio con il trucco o l'abbigliamento.

Lo stuzzicamento crea disagio significativo e compromette aree importanti della vita dell'individuo (criterio C), in particolar modo la socialità. 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.

Esso può inoltre essere accompagnato da vari rituali riguardo la pelle; ad esempio, gli individui possono giocare, esaminare o addirittura ingoiare la pelle strappata. Inoltre, spesso questi comportamenti sono accompagnati da una grande varietà di stati emotivi come ansia, noia, tensione, ma anche piacere o gratitudine. In genere, gli individui riferiscono di avvertire un senso di disagio o un formicolio che li spinge a stuzzicarsi la pelle. Generalmente, questi comportamenti non sono accompagnati da dolore e di solito vengono messi in atto in solitudine o con i familiari più stretti. L'esordio avviene durante l'adolescenza o

nella pubertà. Le aree di stuzzicamento, così come le modalità, possono variare col tempo. Il decorso, se non trattato, è cronico con oscillazioni di sintomatologia.

La diagnosi dermatologica è raramente necessaria, poiché la maggior parte degli individui ammette di porre in atto questo comportamento. La compromissione sociale e lavorativa è forte, perché questi individui trascorrono almeno 1 ora al giorno stuzzicando, pensando allo stuzzicamento e resistendo all'impulso di stuzzicare. Molti evitano di uscire in pubblico. Una percentuale riferisce di aver perso giorni di scuola e di lavoro. Le complicazioni mediche includono danni ai tessuti, cicatrici e infezioni e possono mettere in pericolo di vita.

Tra i fattori di rischio/prognosi, citiamo quelli genetici e fisiologici: questo disturbo è più comune in individui con DOC e nei parenti di 1° rispetto a tutta la popolazione in generale. La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Disturbo psicotico: Se il disturbo di escoriazione si manifesta esclusivamente durante un episodio psicotico, non dovrebbe essere diagnosticato.
- Disturbi del neurosviluppo: Se lo stuzzicamento della pelle avviene per causa diretta di un qualsiasi disturbo del neurosviluppo, allora il disturbo di escoriazione non deve essere diagnosticato.
- Sintomi somatici e disturbi associati: se i sintomi sono dovuti a comportamenti ingannevoli del disturbo fittizio, allora il disturbo di escoriazione non deve essere diagnosticato.
- Altri disturbi: Il disturbo da escoriazione non viene diagnosticato se lo stuzzicamento è primariamente attribuibile all'intenzione di procurarsi lesioni, caratteristica dell'autolesionismo non suicidario.
- Altre condizioni mediche: se lo stuzzicamento della pelle è direttamente attribuibile ad una qualsiasi condizione medica, il disturbo di escoriazione non deve essere diagnosticato.
- Disturbo indotto da sostanze/farmaci: se lo stuzzicamento della pelle è direttamente attribuibile all'assunzione di una sostanza (es. cocaina) o farmaco, il disturbo di escoriazione non deve essere diagnosticato.

Comorbilità: Questo disturbo è spesso accompagnato da DOC, tricotillomania e disturbo depressivo maggiore.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci

Criteri diagnostici

- A. Nel quadro clinico predominano ossessioni, compulsioni, tricotillomania, stuzzicamento della pelle, altri comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo o altri sintomi caratteristici del disturbo ossessivo-compulsivo e correlati.
- B. Dall'anamnesi, dall'esame fisico e dai dati di laboratorio vi è evidenza sia di 1) che di 2):
I sintomi del Criterio A si sono sviluppati durante o subito dopo un'intossicazione o astinenza da sostanze o in seguito all'esposizione ad un farmaco;
La sostanza/farmaco coinvolti/a è in grado di produrre i sintomi del criterio A.
- C. L'alterazione non è meglio spiegata da un disturbo ossessivo-compulsivo e correlati e non è indotto da sostanze/farmaci. Tale evidenza di un disturbo ossessivo-compulsivo indipendente può includere quanto segue: I sintomi precedono l'esordio dell'uso della sostanza/farmaco; i sintomi persistono per un lasso di tempo considerevole 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.

- D. Il disturbo non si verifica solo nel corso di un delirium.
- E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area lavorativa e sociale o in altre aree importanti.

Nota: questa diagnosi dovrebbe essere posta in aggiunta a una diagnosi di intossicazione da sostanze o astinenza da sostanza solo quando i sintomi del criterio A predominano nel quadro clinico e sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica.

114

Specificare se:

- Con esordio durante l'intossicazione: Se sono soddisfatti tutti i criteri per l'intossicazione di una sostanza e i sintomi si sviluppano durante l'intossicazione.
- Con esordio durante l'astinenza: Se sono soddisfatti tutti i criteri per l'astinenza da una sostanza e i sintomi si sviluppano durante, o poco dopo, l'astinenza.
- Con esordio durante l'uso di un farmaco: I sintomi possono apparire sia all'inizio di una terapia sia dopo una modifica o cambiamento dell'uso del farmaco.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale di questo disturbo sono i sintomi preminenti di un disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, che si ritiene siano attribuibili ad una sostanza (A). Questi sintomi possono manifestarsi dopo l'intossicazione da una sostanza o in seguito al trattamento con un determinato farmaco o tossina, in grado di produrre tali sintomi (B). E' da notare che, qualora si interrompesse l'assunzione della sostanza/farmaco che ha provocato i sintomi, questi andrebbero migliorando e in completa remissione nel giro di pochi giorni, settimane o, al massimo, mesi.

Ossessioni, compulsioni, strappamento di capelli o peli e stuzzicamento della pelle possono emergere durante l'esposizione/assunzione di stimolanti (es. cocaina), altre sostanze sconosciute, metalli pesanti o tossine. Esami di laboratorio possono essere utili per misurare l'intossicazione come parte di una valutazione per il disturbo, che è molto raro.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Intossicazione da sostanze: La diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e correlati indotto da sostanze/farmaci dovrebbe essere posta, in aggiunta all'intossicazione da sostanza, se i sintomi sono in eccesso rispetto a quelli per l'intossicazione e se essi sono sufficienti a giustificare un'attenzione clinica indipendente.
- Disturbo ossessivo-compulsivo e correlati, non indotto da sostanze: la diagnosi si differenzia principalmente per il fatto che il disturbo ossessivo-compulsivo e correlati indotto da sostanze/farmaci sono direttamente collegati alla sostanza/farmaco assunta.
- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto ad un'altra condizione medica: se i sintomi sono causati direttamente da una condizione medica, valutata attraverso esami obiettivi, dati di laboratorio e anamnesi, la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotti da sostanze non dovrebbe essere posta.
- Delirium: Se i sintomi si manifestano esclusivamente nel corso di un delirium, non viene fatta diagnosi di questo disturbo.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto ad un'altra condizione medica

Criteri diagnostici

- A. Nel quadro clinico predominano ossessioni, compulsioni, tricotillomania, stuzzicamento della pelle, altri comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo o altri sintomi caratteristici del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati.
- B. Dall'anamnesi, dai dati obiettivi e dall'esame di laboratorio vi è evidenza del fatto che il disturbo sia la diretta conseguenza fisiopatologica 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 i sintomi per il disturbo ossessivo-compulsivo.
- Con preoccupazioni relative all'aspetto: Se nella manifestazione clinica predominano le preoccupazioni relative a difetti o imperfezioni dovute all'aspetto.
- Con sintomi di accumulo: Se nella manifestazione clinica predomina il comportamento di accumulo.
- Con sintomi di strappamento dei capelli/peli: se nella manifestazione clinica predomina lo strappamento di capelli/peli.
- Con sintomi di stuzzicamento di pelle: Se nella manifestazione clinica predomina lo stuzzicamento della pelle.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica sono i sintomi ossessivi e compulsivi che sono diretta conseguenza di una condizione medica sottostante. Questi sintomi possono includere ossessioni, compulsioni, strappamento di peli, stuzzicamento di pelle, accumulo o preoccupazioni dovute all'aspetto (A).

Per poter essere diagnosticato, il disturbo deve creare disagio in molte aree importanti della vita dell'individuo e non dovrebbe verificarsi esclusivamente nel corso di un delirium o risultare meglio spiegato da un altro disturbo mentale (C,D,E).

Un certo numero di disturbi medici sono noti per includere tra le manifestazioni alcuni sintomi ossessivo-compulsivi, come l'infarto cerebrale. Lo sviluppo e il decorso del disturbo seguono quelli della patologia sottostante. Esami di laboratorio e medici sono necessari al fine di confermare la diagnosi.

La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Delirium: Se i sintomi del disturbo diverificano esclusivamente durante il corso di un delirium, allora non si dovrebbe porre diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuti ad un'altra condizione medica.
- Manifestazione di sintomi misti (es. sintomi di un disturbo dell'umore e di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati): Se i sintomi sono misti, la diagnosi dipende da quali sintomi predominano nel quadro clinico.

- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci. Ciò che differenzia i due disturbi è che in quest'ultimo i sintomi sono direttamente causati dall'assunzione di una sostanza o dall'esposizione ad un determinato farmaco.
- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati (primario): In questo disturbo, a differenza del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, non è dimostrata l'effettiva correlazione fra sintomi ed una eventuale condizione medica sottostante.
- Disturbo d'ansia da malattia: In questo caso, gli individui sono preoccupati rispetto ad un'eventuale malattia e possono avere o meno diagnosi di condizioni mediche sottostanti.
- Caratteristica associata a un altro disturbo mentale: i sintomi possono essere una caratteristica associata ad un altro disturbo, ad es. schizofrenia, anoressia nervosa.
- DOC e correlati con altra specificazione o senza specificazione: queste diagnosi vengono poste quando non è chiaro se i sintomi siano primari, indotti da sostanze o dovuti ad un'altra condizione medica.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui 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 dei disturbi 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: E' simile al disturbo del dismorfismo corporeo, ad 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.
3. Disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo: caratterizzato da ricorrenti comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo, es. mangiarsi le unghie, mordersi il labbro, masticarsi la guancia, e ripetuti tentativi di ridurre tali comportamenti.
4. Gelosia patologica: E' caratterizzata da preoccupazione non delirante relativa alla percepita infedeltà del partner. Le preoccupazioni possono portare a comportamenti ripetitivi o azioni mentali in risposta al disagio relativo alle presunte infedeltà.
5. Shubo-kyofu: simile al disturbo di dismorfismo corporeo e caratterizzato da eccessivo timore di avere deformità fisiche.
6. Koro: associata alla *dhat syndrome* è un episodio di improvvisa e intensa ansia che gli organi genitali possano ritirarsi all'interno del corpo, portando alla morte.
7. Jikoshu-kyofu: caratterizzata dal timore di avere un odore del corpo disgustoso (sindrome da riferimento olfattivo).

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui 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 dei disturbi ossessivo-compulsivo e correlati. La categoria disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di non comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, e comprende le manifestazioni in cui vi sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, dovuto a un'altra condizione medica

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
- Con preoccupazioni relative all'aspetto, se predominano preoccupazioni relative a difetti o imperfezioni fisiche
- Con sintomi di accumulo, se predomina tale comportamento
- Con sintomi di strappamento di peli o capelli
- Con sintomi di stuzzicamento della pelle.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale di tale disturbo e correlati, dovuti a condizione medica sono

1. sintomi ossessivo-compulsivi
2. correlati clinici giustificabili come diretta conseguenza di un'altra condizione medica.

I sintomi possono includere: evidenti ossessioni, compulsioni, preoccupazioni legate all'aspetto, accumulo, strapparsi i capelli o peli, stuzzicamento della pelle ed altri comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo (criterio A). Per stabilire se i sintomi non siano meglio giustificati da una condizione medica associata bisogna basarsi su prove cliniche 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 si verificano solo nel corso di 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).

Per determinare se i sintomi siano attribuibili ad una condizione medica, deve essere messo a punto un iter diagnostico che possa, ad esempio, stabilire una chiara associazione temporale tra l'esordio, l'esacerbazione o la remissione della condizione medica dei sintomi ossessivo-compulsivi; la presenza di caratteristiche atipiche per un disturbo ossessivo-compulsivo *primario* e l'evidenza in letteratura del fatto che un meccanismo fisiologico conosciuto possa causare quel tipo di sintomi. Inoltre, il disturbo ossessivo-compulsivo dovuto a un'altra condizione medica non può essere meglio giustificato da un disturbo ossessivo-compulsivo primario, indotto da sostanze o da un altro disturbo mentale.

Un certo numero di disturbi medici è noto per includere alcuni sintomi ossessivo-compulsivi. Esempi includono malattie che portano a danno striatale, come l'infarto cerebrale. Lo sviluppo e il decorso di questo disturbo segue generalmente il decorso della patologia sottostante. Esami di laboratorio e medici sono necessari al fine di confermare la diagnosi di tale condizione medica preesistente.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- 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, tale diagnosi può essere posta in aggiunta a quella di disturbo neurocognitivo maggiore (demenza) se risulta essere una conseguenza fisiologica del processo che causa la demenza.
- Manifestazione di sintomi misti. La manifestazione include un mix di differenti tipi di sintomi; la diagnosi dipende da quali sintomi predominano nel quadro clinico.
- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci. Se si ha evidenza di un uso recente e prolungato di sostanze, tra cui i farmaci con effetti psicoattivi, dovrebbe essere considerato un disturbo ossessivo-compulsivo indotto da sostanze/farmaci.
- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, primario. Va distinto dal disturbo ossessivo-compulsivo dovuto a un'altra condizione medica. Nei disturbi mentali primari non può essere infatti dimostrata la presenza di meccanismi fisiologici specifici associati a una condizione medica.
- Disturbo d'ansia di malattia, caratterizzato dalla preoccupazione di avere o acquisire una grave malattia.
- Caratteristica associata a un altro disturbo mentale. I sintomi ossessivo-compulsivi possono essere una caratteristica associata ad altri disturbi mentali, come la schizofrenia e l'anoressia nervosa.
- Quando non è chiaro se i sintomi ossessivo-compulsivi correlati siano primari, dovuti a sostanze oppure a un'altra condizione medica, si pongono diagnosi di "disturbo ossessivo-compulsivo e correlati con altra specificazione" o "senza specificazione".

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo ossessivo-compulsivo e correlati, che causano disagio chimicamente significativo o compromissione del funzionamento 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 correlati. Questa categoria viene 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. Esempi ne sono:

- Disturbo simile al dismorfismo corporeo, con difetto reale: è simile al disturbo di dismorfismo corporeo, ad eccezione del fatto che i difetti/le imperfezioni sono chiaramente osservabili. In tali casi, la preoccupazione relativa queste imperfezioni è eccessiva e causa compromissione o disagio significativi.

- Disturbo simile al dismorfismo corporeo, senza comportamento ripetitivo: l'individuo non mette in atto comportamenti ripetitivi in risposta alle preoccupazioni relative all'aspetto.
- Disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo: caratterizzato da ricorrenti comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo e ripetuti tentativi di ridurre o interrompere tali comportamenti. Ad esempio: mangiarsi le unghie, masticarsi la guancia. Questi sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento.
- Gelosia patologica: caratterizzato dalla preoccupazione non delirante relativa alla percepita infedeltà del partner. Tali eccessive preoccupazioni non sono meglio spiegate da un altro disturbo mentale, come il disturbo delirante - tipo gelosia, o il disturbo paranoide di personalità.
- Shubo-Kyofu: simile al disturbo di dismorfismo corporeo, caratterizzato da un eccessivo timore di avere deformità.
- Koro: associata alla Dhat Syndrome (espressione coniata in Asia meridionale per rendere conto delle comuni manifestazioni cliniche di giovani pazienti che riconducevano la causa dei loro sintomi alla perdita di liquido seminale), è un episodio di improvvisa e intensa ansia che il pene - o gli organi genitali femminili – possa ritrarsi all'interno del corpo, portando alla morte.
- Jikoshu-kyofu: caratterizzata dal timore di avere un odore del corpo disgustoso, chiamata anche sindrome da riferimento olfattivo.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni cliniche in cui sintomi caratteristici, che causano disagio significativo o compromissione del funzionamento, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica “disturbo ossessivo-compulsivo e correlati”. Viene utilizzata nelle situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui i criteri per un disturbo ossessivo-compulsivo e correlati non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni di cui vi sono informazioni insufficienti per poter fare una diagnosi più specifica.

Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti

Questa categoria diagnostica comprende quei disturbi in cui l'esposizione a un evento traumatico/stressante è elencato esplicitamente nell'iter diagnostico. Comprende:

- disturbo reattivo dell'attaccamento
- disturbo da impegno sociale disinibito
- disturbo da stress post-traumatico
- disturbo da stress acuto
- disturbi dell'adattamento

120

Disturbo reattivo dell'attaccamento

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 depravazione 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.
 3. Allevamento in contesti insoliti, che limitano gravemente la possibilità di sviluppare attaccamenti selettivi (es. istituti con elevato numero di bambini).
- D. Si presume che l'accudimento descritto nel criterio C sia responsabile del comportamento disturbato descritto nel criterio A.
- 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 - se il disturbo è stato presente per più di 12 mesi.

Specificare la gravità attuale: viene specificato come grave quando il bambino presenta tutti i sintomi del disturbo, ognuno ad un livello alto.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Questo disturbo è caratterizzato da un insieme 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 di accudimento. La caratteristica

fondamentale è una relazione di attaccamento assente o sottosviluppata tra il bambino e i caregiver adulti sostitutivi. A causa delle limitate opportunità durante il primo sviluppo, questi bambini, benché capaci di sviluppare attaccamenti selettivi, non riescono a manifestarli. Quando provano disagio, non mostrano un impegno atto ad ottenere conforto o protezione. Inoltre rispondono in modo minimo ai tentativi di conforto da parte dei caregiver. Perciò, il disturbo è caratterizzato dall'assenza dell'attesa ricerca di conforto e della risposta ai comportamenti conforto. Così, questi bambini mostrano una diminuita o assente espressione di emozioni positive durante le interazioni quotidiane. La loro capacità di regolazione emotiva è compromessa e mostrano episodi di emozioni negative di paura, tristezza o irritabilità non facilmente spiegabili.

A causa dell'associazione fisiologica con la trascuratezza sociale, il disturbo reattivo dell'attaccamento si verifica spesso in concomitanza con ritardi nello sviluppo, soprattutto cognitivi e del linguaggio. Altre caratteristiche associate riguardano stereotipie e segni di grave trascuratezza, come la malnutrizione. La prevalenza del disturbo è stata riscontrata in bambini piccoli esposti a grave trascuratezza prima di essere dati in affidamento, o allevati all'interno di istituti. Condizioni di trascuratezza sociale sono spesso presenti durante i primi mesi di vita nei bambini con la diagnosi di disturbo reattivo dell'attaccamento, manifestando caratteristiche cliniche in età compresa tra i 9 mesi e 5 anni. Senza il recupero e la ripresa attraverso ambienti di accudimento normali, i segni del disturbo possono persistere per anni. Non è chiaro se questo disturbo si verifichi in bambini più grandi: per tale motivo, la diagnosi dovrebbe essere posta con cautela in bambini di età superiore ai 5 anni.

Per quanto riguarda i fattori di rischio, dunque, la grave trascuratezza sociale è il requisito diagnostico principale ed è anche l'unico fattore di rischio conosciuto per il disturbo. La prognosi sembra dipendere dalla qualità dell'ambiente di accudimento.

Questo disturbo compromette in maniera significativa le capacità dei bambini piccoli nel formare relazioni interpersonali con adulti e coetanei ed è associato ad una compromissione funzionale in molti ambiti della prima infanzia.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo dello spettro dell'autismo. I comportamenti sociali aberranti che si manifestano nei bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento possono anche costituire le caratteristiche chiave del disturbo dello spettro dell'autismo. Nello specifico, bambini con una delle due condizioni possono mostrare lieve espressione di emozioni positive, ritardi cognitivi e del linguaggio e compromissione della reciprocità sociale. Questi due disturbi possono essere distinti sulla base delle differenti storie di trascuratezza e dalla presenza di interessi ristretti oppure di comportamenti ritualizzati, di specifiche difficoltà nella comunicazione e di comportamenti di attaccamento selettivo. Bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento hanno avuto una storia di grave trascuratezza, raramente riscontrabile nei bambini con disturbo dello spettro dell'autismo. Per contro, gli interessi ristretti e i comportamenti ripetitivi caratteristici dello spettro autistico non sono una caratteristica del disturbo reattivo dell'attaccamento. I bambini con uno dei due disturbi possono presentare un diverso funzionamento intellettuivo, ma solo quelli con disturbo dello spettro autistico presentano una compromissione selettiva dei comportamenti di comunicazione sociale, come la comunicazione intenzionale. Infine, i bambini con disturbo dello spettro dell'autismo mostrano regolarmente comportamenti di attaccamento, in linea con il loro livello di gruppo; al contrario, quelli con disturbo reattivo dell'attaccamento lo fanno solo raramente, o non lo fanno affatto.
- Disturbo dello sviluppo intellettuivo o disabilità intellettuiva. I ritardi nello sviluppo accompagnano spesso il disturbo reattivo dell'attaccamento, ma non dovrebbero essere confusi con il disturbo. Bambini con disabilità intellettuiva presentano capacità sociali ed emotive paragonabili alle loro

capacità cognitive e non mostrano la profonda riduzione dell'affettività positiva, né difficoltà nella regolazione delle emozioni, presenti in bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento. Inoltre, i bambini con ritardo nello sviluppo che hanno raggiunto l'età di 9 mesi mostrano attaccamenti selettivi, mentre bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento mostrano una mancanza del comportamento di attaccamento selettivo, nonostante abbiano raggiunto l'età evolutiva di 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 anche compromissioni nell'attaccamento. I bambini piccoli con disturbi depressivi continuano a cercare di essere confortati e di rispondere ai tentativi di conforto da parte dei caregiver.

Comorbilità: Le condizioni associate alla trascuratezza, compresi i ritardi cognitivi, del linguaggio e le stereotipie, si verificano spesso in concomitanza con il disturbo reattivo dell'attaccamento. Condizioni mediche come la grave malnutrizione e/o una sintomatologia depressiva possono accompagnare i segni del disturbo.

Disturbo da impegno sociale disinibito

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 dei 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 depravazione 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 (es. frequenti cambiamenti di affidatari).
 - 3. Allevamento in contesti insoliti, che limitano gravemente la possibilità di sviluppare attaccamenti selettivi (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.
- E. Il bambino ha un'età evolutiva di almeno 9 mesi.

Specificare se persistente: se presente per oltre 12 mesi.

Specificare la gravità attuale: è specificato come grave quando presenta tutti i sintomi del disturbo, e ogni sintomo si manifesta a un livello alto.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale è un pattern di comportamenti culturalmente inappropriati ed eccessivamente familiari con individui relativamente sconosciuti. La diagnosi non deve essere posta prima che il bambino sia evolutivamente in grado di sviluppare attaccamento, quindi non prima dei 9 mesi. A supporto della diagnosi troviamo la trascuratezza sociale, i ritardi dello sviluppo (come ritardi cognitivi e del linguaggio, stereotipie) ed altri segni di grave trascuratezza, come la malnutrizione. Tuttavia, i sintomi permangono anche dopo la scomparsa dei segni di trascuratezza. In popolazioni ad alto rischio, la condizione si verifica in circa il 20% dei bambini.

Quando il disturbo persiste fino all'età media infantile, le caratteristiche cliniche si manifestano con un'eccessiva familiarità verbale e fisica ed 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 da impegno sociale disinibito è stato descritto dal 2° anno di vita fino all'adolescenza.

I bambini più piccoli mostrano reticenza quando interagiscono con estranei; bambini con questo disturbo non riescono a mostrarsi reticenti nell'approcciare e nel relazionarsi con gli adulti. In bambini in 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 all'età media infantile, accompagnata da false espressioni di emozioni. In confronto ad adolescenti sani, quelli con il disturbo mostrano più relazioni superficiali e conflitti con il gruppo dei pari.

Per quanto riguarda i fattori di rischio e prognosi, la grave trascuratezza sociale è un requisito diagnostico per il disturbo dell'impegno sociale disinibito e rappresenta anche l'unico fattore di rischio conosciuto. La prognosi è solo modestamente associata alla qualità dell'ambiente di accudimento, che segue la grave trascuratezza. Tale disturbo compromette in maniera significativa le capacità dei bambini di relazionarsi interpersonalmemente con adulti e coetanei.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo da deficit di attenzione-iperattività. A causa dell'impulsività sociale che a volte si accompagna a questo disturbo, risulta necessario differenziarlo dal disturbo da impegno sociale disinibito. Quest'ultimo, infatti, non mostra difficoltà rispetto all'attenzione o all'iperattività.

Comorbilità: Condizioni associate alla trascuratezza, inclusi i ritardi cognitivi, del linguaggio e stereotipie, possono verificarsi in concomitanza con questo disturbo. Inoltre, i bambini possono ricevere contemporaneamente una diagnosi di disturbo dell'impegno sociale disinibito e una diagnosi di disturbo dell'attenzione-iperattività.

Disturbo da stress post-traumatico

I criteri diagnostici si riferiscono ad adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni.

- 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 traumatico.
 2. Assistere direttamente un evento traumatico accaduto ad altri.

3. Venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto ad un membro della famiglia o amico stretto. In caso di morte o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento dev'essere stato violento o accidentale.
 4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento traumatico (es. primi soccorritori che raccolgono resti umani). NOTA: il criterio A4 non si applica all'esposizione che avviene attraverso media elettronici, a meno che non sia legata al lavoro svolto.
- B. Presenza di uno o più dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento traumatico, che hanno inizio successivamente all'evento traumatico:
1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento traumatico. Nei bambini di età superiore ai 6 anni può verificarsi un gioco ripetitivo, in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti l'evento traumatico.
 2. Ricorrenti sogni spiacevoli, in cui il contenuto o le emozioni del sogno sono legate all'evento traumatico. Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.
 3. Reazioni dissociative (flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento traumatico si stesse ripresentando. Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante. Nei bambini, la riattualizzazione specifica del trauma può verificarsi attraverso il gioco.
 4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
 5. Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
- C. Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico, iniziato dopo l'evento traumatico, 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 traumatico.
 2. Evitamento o tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, situazioni, oggetti, attività, conversazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico.
- D. Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento traumatico, iniziate o peggiorate dopo l'evento traumatico, come evidenziato da due o più dei seguenti criteri:
1. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento traumatico 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 (es. "non ci si può fidare di nessuno").
 3. Persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento traumatico che portano l'individuo a dare la colpa a se stesso oppure agli altri.
 4. Marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative.
 5. Sentimenti di distacco di estraneità verso gli altri.
 6. Persistente incapacità di provare emozioni positive.
- E. Marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associati all'evento traumatico, iniziate o peggiorate dopo l'evento traumatico, 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 od oggetti.
 2. Comportamento spericolato o autodistruttivo.
 3. Ipervigilanza.

4. Esagerate risposte di allarme.
 5. Problemi di concentrazione.
 6. Difficoltà relative al sonno.
- F. La durata delle alterazioni 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 o ad un'altra condizione medica.

Specificare quale:

125

- Con sintomi dissociativi: laddove i sintomi soddisfano i criteri per un disturbo da stress post-traumatico e inoltre l'individuo fa esperienza di sintomi persistenti e ricorrenti di uno dei due seguenti criteri:
 1. Depersonalizzazione: persistenti e ricorrenti esperienze di sentirsi distaccato dai propri processi mentali o dal proprio corpo, come se si fosse un osservatore esterno.
 2. Derealizzazione: persistenti e ricorrenti esperienze di irrealità dell'ambiente circostante, che viene vissuto come onirico, distorto, distante.

Per utilizzare questo sottotipo, i sintomi dissociativi non devono essere attribuibili agli effetti di una sostanza o ad un'altra condizione medica (es. crisi epilettiche).

Specificare se con espressione ritardata, se i criteri diagnostici non sono soddisfatti appieno entro 6 mesi dall'evento.

Disturbo da stress post-traumatico nei bambini sotto i 6 anni

- A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione o violenza sessuale in uno o più dei seguenti modi:
 1. Fare esperienza diretta dell'evento traumatico.
 2. Assistere direttamente all'evento traumatico accaduto ad altri, in particolare ai caregiver primari. L'essere testimoni non include eventi ai quali si assiste attraverso media elettronici o immagini.
 3. Venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto ad un membro della famiglia o alla figura di accudimento.
- B. Presenza di uno o più dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento traumatico, che hanno inizio successivamente all'evento traumatico:
 1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento traumatico. Questi possono essere espressi come gioco riattualizzante.
 2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto o le emozioni del sogno sono legati all'evento traumatico. Nota: può non essere possibile accettare che il contenuto terrorizzante sia collegato all'evento.
 3. Reazioni dissociative in cui il bambino sente o agisce come se l'evento traumatico si stesse ripresentando. Può verificarsi anche 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 traumatico.
 5. Marcate reazioni fisiologiche in risposta a fattori che ricordano l'evento traumatico.

- C. Uno o più dei seguenti sintomi, che rappresentano persistente evitamento degli stimoli sociali all'evento traumatico o alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all'evento traumatico, devono essere presenti, iniziate o peggiorate dopo l'evento traumatico.

Persistente evitamento degli stimoli:

1. Evitamento o tentativi di evitamento di attività, luoghi o fattori fisici che suscitano ricordi dell'evento traumatico.
2. Evitamento o tentativi di evitamento di persone, conversazioni o situazioni interpersonali che suscitano ricordi dell'evento traumatico.

126

Alterazioni negative della cognitività:

3. Sostanziale aumento della frequenza degli stati emotivi negativi come 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 associati all'evento traumatico, iniziate o peggiorate dopo l'evento traumatico, 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 od oggetti.
 2. Ipervigilanza.
 3. Esagerata risposta di allarme.
 4. Problemi di concentrazione.
 5. Difficoltà relative al sonno, ad esempio nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati.
- E. La durata delle alterazioni è superiore ad 1 mese.
- F. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione nella relazione con i genitori, fratelli, coetanei o altri caregiver, oppure nel comportamento scolastico.
- G. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica.

Specificare se *con sintomi dissociativi*: laddove i sintomi soddisfano i criteri per un disturbo da stress post-traumatico e inoltre l'individuo fa esperienza di sintomi persistenti e ricorrenti di uno dei due seguenti criteri:

1. Depersonalizzazione: persistenti e ricorrenti esperienze di sentirsi distaccato dai propri processi mentali o dal proprio corpo, come se si fosse un osservatore esterno.
2. Derealizzazione: persistenti e ricorrenti esperienze di irrealità dell'ambiente circostante, che viene vissuto come onirico, distorto, distante.

Per utilizzare questo sottotipo, i sintomi dissociativi non devono essere attribuibili agli effetti di una sostanza o ad un'altra condizione medica (es. crisi epilettiche).

Specificare se *con espressione ritardata*, se i criteri diagnostici non sono soddisfatti appieno entro 6 mesi dall'evento.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del disturbo da stress post- traumatico (DSPT) è lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione ad uno o più eventi traumatici. Le reazioni emotive all'evento non fanno più parte del criterio A.

Le manifestazioni cliniche sono variabili: 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 reattività, mentre in altri predominano i sintomi dissociativi. Gli eventi traumatici includono, ma non sono limitati a: esposizione alla guerra come soldato o civile, aggressione fisica reale o minacciata, violenza sessuale reale o minacciata, essere rapiti, presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, incarcerazione come prigionieri di guerra, disastri naturali o provocati dall'uomo, gravi incidenti. Per i bambini, eventi sessualmente violenti possono includere esperienze sessuali inappropriate dal punto di vista dello stadio dello sviluppo, pur senza violenza. Avere una malattia che mette a repentaglio la vita o soffrire di una condizione medica debilitante non viene necessariamente considerato come un evento traumatico. Il disturbo può risultare particolarmente grave o prolungato, quando il fattore stressante è interpersonale ed intenzionale.

127

L'evento traumatico può essere rivissuto in vari modi. Comunemente, l'individuo presenta ricordi ricorrenti, involontari e intrusivi dell'evento (B1). I ricordi intrusivi sono distinti dalla ruminazione depressiva in quanto si applicano solo a ricordi spiacevoli, involontari ed intrusivi. 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 (B2). L'individuo può sperimentare stati dissociativi che durano da pochi secondi a diversi giorni, durante i quali vengono rivissute parti dell'evento (B3). Spesso si manifesta una intensa sofferenza psicologica (B4) o reattività fisiologica (B5) quando l'individuo viene esposto a eventi scatenanti che assomigliano o simboleggiano un aspetto dell'evento traumatico. Vengono evitati in modo persistente gli stimoli associati al trauma (C1, C2). Alterazioni negative dei pensieri e delle emozioni associati all'evento iniziano o peggiorano dopo l'esposizione all'evento. Queste alterazioni possono assumere varie forme che includono, ad esempio, l'incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento traumatico. Tale amnesia è tipicamente dovuta ad amnesia dissociativa e non a lesioni alla testa, o all'assunzione di alcol o droghe (D1). Un'altra forma è costituita da aspettative negative persistenti ed esagerate, che riguardano importanti aspetti della vita e del futuro, che possono manifestarsi con un cambiamento negativo nell'identità percepita a partire dal trauma. Individui con DSPT possono avere persistenti pensieri disfunzionali relativi alle cause dell'evento traumatico che porta ad accusare se stessi o altri (D3), o un persistente stato d'animo negativo, iniziato o peggiorato dopo l'esposizione all'evento (D4). L'individuo può sperimentare una marcata diminuzione di interesse o partecipazione ad attività precedentemente piacevoli (D5), una sensazione di distacco o estraneità rispetto ad altre persone (D6), oppure una persistente incapacità di provare emozioni positive (D7). Individui con DSPT possono diventare facilmente irascibili e adottare un comportamento aggressivo anche con minima o nessuna provocazione (E1). Possono anche adottare un comportamento spericolato o autodistruttivo, autolesivo o suicidario (E2). Il DSPT è spesso caratterizzato da una mancata sensibilità alle potenziali minacce, incluse quelle non collegate con l'esperienza traumatica (E3). Possono inoltre essere molto reattivi in risposta a stimoli inaspettati, mostrando una aumentata risposta di allarme, ad esempio, a forti rumori (E4). Problemi di concentrazione comprendono la difficoltà a ricordare eventi quotidiani o prestare attenzione ad attività mirate (E5). Problemi nell'addormentarsi o nel mantenere il sonno sono comuni, e possono essere associati a incubi o preoccupazioni relative alla sicurezza o ad un elevato stato di agitazione (arousal), che interferisce con il sonno (E6). Alcuni individui sperimentano anche persistenti sintomi dissociativi di distacco dal corpo (depersonalizzazione) oppure dal mondo intorno a loro (derealizzazione). È possibile inoltre che si verifichi una regressione dello sviluppo, come la perdita del

linguaggio nei bambini piccoli. Possono essere presenti pseudoallucinazioni uditive e ideazione paranoide. A seguito di eventi traumatici ripetuti e gravi, l'individuo può sperimentare ulteriori difficoltà nella regolazione delle emozioni e dei rapporti interpersonali.

Negli Stati uniti, le fasce maggiormente a rischio sono i veterani e altri individui la cui professione aumenta il rischio di esposizione a eventi traumatici. 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. I sintomi e la loro durata possono variare nel tempo, in quanto circa la metà degli adulti ottiene un recupero completo entro 3 mesi, mentre altri continuano a mostrare i sintomi per anni.

L'espressione clinica del rivivere l'evento traumatico può variare attraverso lo sviluppo. Prima dei 6 anni di età, i bambini hanno maggiore probabilità di esprimere sintomi del rivivere l'evento traumatico attraverso il gioco. Essi possono anche non manifestare reazioni di paura mentre rivivono l'evento traumatico. I genitori possono però riferire un'ampia serie di cambiamenti emotivi e comportamentali. A causa della limitata capacità di esprimere pensieri o categorizzare emozioni, le alterazioni negative dell'umore e del pensiero tendono a causare soprattutto cambiamenti di umore. In adolescenza, il comportamento spericolato può portare a lesioni accidentali a se stessi o ad altri, alla ricerca di emozioni forti, o ad adottare comportamenti ad alto rischio. Gli individui che continuano a sperimentare i sintomi in età adulta possono esperire un minor numero di sintomi di vigilanza, evitamento, pensieri e umore negativi, rispetto agli adolescenti. Negli individui più anziani, il disturbo è associato a percezioni negative circa la salute, a un intensivo utilizzo dell'assistenza primaria e all'ideazione suicidaria.

I fattori di rischio e/o protettivi sono generalmente suddivisi in:

1. Fattori pretraumatici: comprendono fattori temperamental (problemi emotivi dell'infanzia, precedenti disturbi mentali), fattori ambientali (status socioeconomico basso; basso livello di istruzione; esposizione a un precedente trauma; intelligenza inferiore; appartenenza a minoranza etnica), fattori genetici e fisiologici (comprendono il genere femminile e un'età più giovane al momento dell'esposizione al trauma).
2. Fattori peritraumatici: comprendono fattori ambientali (gravità del trauma, percepita minaccia per la vita, lesione personale, violenza, essere esecutore o testimone di atrocità, dissociazione).
3. Fattori post-traumatici: comprendono fattori temperamental (valutazioni negative, strategie di coping inappropriate e lo sviluppo del disturbo da stress acuto) e ambientali (successiva esposizione a ripetuti fattori che suscitano ricordi traumatizzanti).

Il rischio di insorgenza e gravità del disturbo può variare tra gruppi culturali come conseguenza della variazione del tipo di esposizione traumatica (es. genocidio), dell'impatto sulla gravità del disturbo del significato attribuito all'evento traumatico (es. impossibilità di effettuare rituali funerari dopo un uccisione di massa), del contesto socioculturale quotidiano (es. risiedere tra colpevoli impuniti) e di altri fattori. Il DSPT è maggiormente prevalente nel sesso femminile, il che sembra essere attribuibile a una maggiore probabilità di esposizione a eventi traumatici. Eventi traumatici come l'abuso infantile aumentano il rischio di suicidio di un individuo con DSPT.

Il DSPT è associato ad alti livelli di disabilità sociale, lavorativa e fisica, oltre che a considerevoli costi economici per via dell'intensivo utilizzo dei servizi medici.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi dell'adattamento. In questi, l'evento stressante può essere di qualsiasi gravità o tipo rispetto a quello richiesto dal criterio A del DSPT.
- Altri disturbi e condizioni post-traumatiche. Non tutta la psicopatologia che si verifica in individui esposti a un evento stressante estremo dovrebbe necessariamente essere attribuita al DSPT. Si richiede che l'esposizione al trauma preceda l'insorgenza o l'esacerbazione dei relativi sintomi. Inoltre, se i sintomi soddisfano i criteri per un altro disturbo mentale, le diagnosi vanno affiancate.
- Disturbo da stress acuto. In questo caso, il quadro sintomatologico è limitato a una durata da 3 giorni fino ad 1 mese dopo l'esposizione all'evento traumatico.
- Disturbi d'ansia e disturbo ossessivo-compulsivo. Nel DOC vi sono ricorrenti pensieri impulsivi, ma 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 sono tipicamente assenti; né l'arousal e i sintomi dissociativi del disturbo di panico, né l'evitamento, l'irritabilità o l'ansia del disturbo d'ansia generalizzata sono associati ad un evento traumatico specifico.
- Disturbo depressivo maggiore. Può essere preceduto - o non - da un evento traumatico e dovrebbe essere diagnosticato quando sono assenti altri sintomi del DSPT.
- Disturbi di personalità. Difficoltà interpersonali che hanno avuto il loro esordio, o sono state fortemente esacerbate, dopo l'esposizione ad un evento traumatico possono essere indicative di un DSPT piuttosto che di un disturbo di personalità, in cui queste difficoltà sarebbero previste indipendentemente dall'esposizione a un trauma.
- 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. Nel primo caso si può apporre diagnosi di "DSPT con sintomi dissociativi".
- Disturbo di conversione. 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.
- Disturbi psicotici. I flashback del disturbo post traumatico devono essere distinti da illusioni, allucinazioni o altre alterazioni percettive che possono verificarsi nella schizofrenia e in altri disturbi psicotici; disturbo depressivo bipolare con caratteristiche psicotiche; delirium; disturbi indotti da sostanze o 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, possono apparire sintomi del DSPT. Ma un evento che causa un trauma cranico può costituire anche un trauma psicologico; i sintomi neurocognitivi correlati non sono reciprocamente esclusivi e possono verificarsi insieme. La diagnosi differenziale può essere possibile in base alla presenza di sintomi peculiari di ciascuna manifestazione.

Comorbilità: individui con DSPT hanno l'80% di possibilità in più di avere sintomi che soddisfano i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale.

Disturbo da stress acuto

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 traumatico.

2. Assistere direttamente ad un evento traumatico accaduto ad altri.
3. Venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto ad un membro della famiglia oppure ad un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento deve essere stato violento o accidentale.
4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli avversivi dell'evento traumatico (es. i primi soccorritori che raccolgono resti umani). 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 9 o più dei seguenti sintomi di ciascuna delle 5 categorie relative a intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento e arousal, che sono iniziati o peggiorati dopo l'evento traumatico.

130

Sintomi di intrusione:

1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento traumatico. (Nei bambini può verificarsi il gioco ripetitivo).
2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento traumatico. (Nei bambini possono essere presenti incubi senza un contenuto riconoscibile).
3. Reazioni dissociative (flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento traumatico si stesse ripetendo. (Nei bambini, la riattualizzazione 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 traumatico.

Umore negativo:

5. Persistente incapacità di provare emozioni positive.

Sintomi dissociativi:

6. Alterato senso di realtà del proprio ambiente o di se stessi.
7. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento traumatico.

Sintomi di evitamento:

8. Tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico.
9. Tentativi di evitare fattori esterni che suscitano ricordi spiacevoli, pensiero o sentimenti relativi o associati all'evento traumatico.

Sintomi di arousal:

10. Difficoltà relative al sonno.
11. Comportamento irritabile per esplosioni di rabbia espressa in modo verbale o fisico.
12. Ipervigilanza.
13. Problemi di concentrazione.
14. Esagerate risposte di allarme.

- C. La durata dell'alterazione (Criterio B) va dai 3 giorni a 1 mese dall'esposizione al trauma. 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 o ad un'altra condizione medica, e non è meglio spiegato da un disturbo psicotico breve.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del disturbo da stress acuto è lo sviluppo di sintomi caratteristici che durano da 3 giorni ad 1 mese dall'esposizione a uno o più eventi traumatici. Tali eventi includono: esposizione alla guerra, aggressione fisica reale o minacciata, disastri naturali o provocati dall'uomo e incidenti gravi. Per i bambini, gli eventi sessuali traumatici possono includere esperienze inappropriate, senza violenza o lesioni. Una malattia che mette a repentaglio la vita o una condizione medica debilitante non vengono necessariamente considerate come eventi traumatici. 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 ad un disturbo da stress acuto. La manifestazione clinica può variare da un individuo all'altro, ma tipicamente comporta una risposta ansiosa che include, in qualche modo, il rivivere l'evento traumatico. 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 la diagnosi di questo disturbo.

La probabilità di sviluppare questo disturbo può aumentare con l'intensificazione dell'evento stressante e la vicinanza fisica ad esso. L'evento traumatico può essere rivissuto in vari modi. Solitamente, l'individuo ha ricordi ricorrenti e intrusivi dell'evento (B), spontanei o innescati da memorie ricorrenti dell'evento che solitamente si verificano in risposta allo stimolo che riporta all'esperienza traumatica. Sogni spiacevoli possono avere contenuti rappresentativi o tematicamente collegati con le principali minacce coinvolte nell'evento traumatico. Gli stati dissociativi possono durare da pochi secondi ad alcune ore o giorni, durante i quali le componenti dell'evento vengono rivissute e l'individuo si comporta come se stesse vivendo l'evento in quel momento. Per i bambini piccoli, la riattualizzazione di eventi collegati con il trauma può apparire durante il gioco e includere momenti dissociativi. Questi episodi, spesso indicati come *flashback*, sono tipicamente di breve durata, ma implicano la sensazione che l'evento traumatico si stia verificando nel presente.

Alcuni individui non hanno ricordi dell'evento in sé, ma sperimentano un'intensa sofferenza quando sono esposti a eventi scatenanti che simboleggiano un aspetto dell'evento traumatico. Il fattore scatenante può anche essere una sensazione fisica. L'individuo può avere una persistente incapacità di provare emozioni positive, ma è in grado di provare quelle negative, come paura, tristezza, rabbia ecc. Le alterazioni della consapevolezza possono includere depersonalizzazione e/o derealizzazione. Alcuni riferiscono l'incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento, sintomo attribuibile all'amnesia dissociativa. Inoltre, per questi individui è molto comune avere problemi nell'addormentarsi e mantenere il sonno, che possono essere associati a incubi o elevato arousal, che impedisce un sonno adeguato. Il disturbo è spesso caratterizzato da una aumentata sensibilità a potenziali minacce, difficoltà di concentrazione, reattività a stimoli inaspettati.

Gli 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 oppure la possibilità di danno futuro. Per esempio, possono sentirsi estremamente in colpa per non essere stati in grado di prevenire l'evento. Questi individui possono inoltre mostrare un comportamento caotico o impulsivo. Nei bambini può esservi

una significativa ansia da separazione, manifestata attraverso l'eccessivo bisogno di attenzione da parte del caregiver. In caso di lutto a seguito di una morte avvenuta in circostanze traumatiche, i sintomi possono comportare reazioni di dolore acuto.

Bambini di 6 anni di età hanno più probabilità, rispetto a bambini più grandi, di esprimere sintomi associati al rivivere l'evento attraverso il gioco. Inoltre, i bambini piccoli non manifestano necessariamente reazioni di paura al momento dell'esposizione o mentre rivivono l'evento; i genitori riferiscono di solito una varietà di espressioni emotive come rabbia, vergogna o ritiro. Tra i fattori di rischio/protezione abbiamo:

- Fattori temperamental: precedente disturbo mentale, alti livelli di affettività negativa, maggiore gravità percepita dell'evento traumatico, stile di coping evitante, valutazioni catastrofiche dell'evento.
- Fattori ambientali: Esposizione ad un evento traumatico. Storia di precedenti traumi.
- Fattori genetici e fisiologici: Le femmine sono più a rischio di sviluppare disturbo da stress acuto.

Il profilo sintomatologico può variare da una cultura all'altra, specie per quanto riguarda i sintomi dissociativi, gli incubi e sintomi somatici. La prevalenza è femminile. L'aumentato rischio di genere può essere attribuibile, in parte, alla maggiore probabilità di esposizione ad eventi traumatici, come stupro e altri tipi di violenza.

La compromissione del funzionamento in ambito sociale, interpersonale o lavorativo è stata rilevata in individui sopravvissuti a incidenti, aggressione e stupri che hanno sviluppato il disturbo lo stress acuto.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi dell'adattamento. In questo caso, 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, o quando il pattern di sintomi del disturbo da stress acuto si verifica in risposta un evento che non soddisfa il criterio A dell'esposizione a morte reale o minacce di morte, grave lesione o violenza sessuale.
- Disturbo di panico. Gli attacchi di panico spontanei sono molto comuni nel disturbo da stress acuto; tuttavia, il DDP viene diagnosticato solo se gli attacchi di panico sono inaspettati ed è presente ansia rispetto a futuri attacchi o cambiamenti nel comportamento, associati alla paura delle conseguenze 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.
- Disturbo da stress post-traumatico. Il disturbo da stress acuto si distingue da esso, perché i sintomi devono verificarsi entro 1 mese dall'evento traumatico e risolversi nello stesso periodo.
- Disturbo ossessivo-compulsivo. Qui sono ricorrenti pensieri intrusivi, che soddisfano però la definizione di *ossessione*. Inoltre, i pensieri intrusivi non sono collegati con un evento traumatico, ed altri sintomi del disturbo da stress acuto sono 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, nei disturbi psicotici, nei disturbi depressivi di tipo bipolare, nel delirium, nei disturbi indotti da sostanze/farmaci e nei disturbi psicotici dovuti a un'altra condizione medica. Essi, infatti, sono collegati direttamente all'esperienza traumatica.
- Danno cerebrale da trauma. Quando il danno cerebrale avviene nel contesto di un evento traumatico, sintomi psicologici e cognitivi possono verificarsi in concomitanza. Mentre il rivivere l'evento

traumatico e l'evitamento sono caratteristici del disturbo da stress acuto, il disorientamento e la confusione persistenti sono specifici del DCT.

Disturbi dell'adattamento

133

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 stressante.
- B. Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi, come evidenziato da uno o 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 dell'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 o cronico, se il disturbo dura 6 mesi o più.

Specificare quale:

- con umore depresso
- con ansia
- con ansia ed umore depresso misti
- con alterazione della condotta
- con alterazione mista dell'emotività e della condotta
- non specificati

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La presenza di sintomi emotivi o comportamentali in risposta ad un evento stressante identificabile è la caratteristica fondamentale dei disturbi dell'adattamento (A). L'evento stressante può essere un evento singolo (es. fine di una relazione sentimentale) oppure eventi multipli. Questi possono essere ricorrenti (es. associati a crisi economiche stagionali) o continui (malattia fisica con dolore costante). Gli eventi stressanti possono interessare un singolo individuo, una famiglia, un gruppo o una comunità (es. disastro naturale). Alcuni eventi stressanti possono accompagnare specifici eventi evolutivi (es. sposarsi, andare via di casa). I disturbi dell'adattamento possono essere diagnosticati in seguito alla morte di una persona cara quando l'intensità, la qualità e la persistenza delle reazioni dolorose eccede quelle normalmente attese. 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. Rientrano tra i disturbi comuni, sebbene la prevalenza possa variare ampiamente in funzione della popolazione studiata. La percentuale di individui sottoposti a trattamento ambulatoriale con questa diagnosi varia da 5 a 20%. Nelle strutture ospedaliere di consultazione psichiatrica è spesso la diagnosi più comune, raggiungendo frequentemente il 50%.

Per definizione, un disturbo dell'adattamento inizia entro 3 mesi dall'insorgenza dell'evento stressante e non dura più di 6 mesi dopo la cessazione di tale evento, o delle sue conseguenze. Se l'evento è acuto, l'insorgenza è immediata e la durata breve; se l'evento persiste, anche il disturbo può continuare ad essere presente. Gli individui che hanno condizioni di vita svantaggiate sperimentano un tasso alto di eventi stressanti e sono quindi ad alto rischio per i disturbi dell'adattamento. Il contesto culturale andrebbe preso in considerazione per valutare clinicamente se la risposta all'evento stressante sia disadattava, oppure se la sofferenza associata sia eccessiva, rispetto a quanto atteso. Gli eventi stressanti e la valutazione delle risposte ad essi possono variare notevolmente da una cultura all'altra.

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 anche complicare il decorso della malattia, in individui affetti da condizione medica generale.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo depressivo maggiore. Se un individuo mostra sintomi che soddisfano i criteri per un disturbo depressivo maggiore in risposta ad un evento stressante, la diagnosi di un disturbo dell'adattamento non è applicabile.
- 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 di tali disturbi. Nel distinguere i disturbi dell'adattamento vanno effettuate considerazioni di natura temporale e sintomatologica. I disturbi dell'adattamento possono essere diagnosticati immediatamente e persistere fino a 6 mesi dall'esposizione all'evento, mentre il disturbo da stress acuto può verificarsi solo tra i 3 giorni e 1 mese dall'esposizione all'evento, e il DSPT non può essere diagnosticato finché non sia passato almeno 1 mese dal verificarsi dell'evento traumatico. Inoltre, il profilo sintomatologico differenzia entrambi dai disturbi dell'adattamento. Ad esempio, il disturbo dell'adattamento può essere diagnosticato in seguito ad un evento traumatico quando un individuo mostra i sintomi del disturbo da stress acuto o DSPT che non soddisfano o superano la soglia diagnostica per uno dei due.
- Disturbi di personalità. Alcune caratteristiche di personalità possono essere associate alla vulnerabilità ad un malessere situazionale, che può somigliare a un disturbo dell'adattamento. In aggiunta, gli eventi stressanti possono esacerbare i sintomi di un disturbo di personalità. Se sono soddisfatti i criteri per un disturbo dell'adattamento e le alterazioni correlate con lo stesso eccedono ciò che sarebbe attribuibile a sintomi disadattivi di un disturbo di personalità (C), dovrebbe essere allora posta una diagnosi di disturbo dell'adattamento.
- Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche. In questo caso, specifiche entità psicologiche aggravano una condizione medica. Questi fattori possono mettere un individuo a rischio di sviluppare una malattia medica o peggiorare una condizione esistente. Al contrario, un disturbo dell'adattamento è una *reazione* all'evento stressante.
- Normali reazioni allo stress. Quando accadono cose spiacevoli, la maggior parte delle persone è turbata. Questo non viene considerato come un disturbo dell'adattamento. La diagnosi va posta

soltanto se la dimensione della sofferenza *eccede* ciò che ci si aspetterebbe normalmente, o quando la compromissione è significativa.

Comorbilità: i disturbi dell'adattamento possono accompagnare la maggior parte dei disturbi mentali e qualsiasi disturbo medico. 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. Essi possono inoltre rappresentare la principale risposta psicologica a un disturbo medico.

Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione

135

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato a eventi traumatici stressanti, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione, predominano ma non soddisfano pienamente criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti. Questa categoria viene utilizzata nelle 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. Si registra dunque “disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione”, seguito dalla ragione specifica, come segue:

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 durata prolungata dell'evento stressante.
3. Ataque de nervios.
4. Altre sindromi culturali.
5. Disturbo da lutto complesso persistente, caratterizzato da gravi e persistenti reazioni di dolore e lutto.

Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato a eventi traumatici stressanti, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi di questa classe diagnostica. Questa categoria viene utilizzata quando il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui i criteri per lo specifico disturbo correlato a eventi traumatici stressanti non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui vi sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica, ad esempio in contesti di pronto soccorso.

Disturbi dissociativi

Sono caratterizzati dalla sconnessione o dalla discontinuità della normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento. I sintomi possono potenzialmente colpire qualsiasi area del funzionamento psicologico. Sono inclusi:

- disturbo dissociativo dell'identità
- amnesia dissociativa
- disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione
- disturbo dissociativo con altra specificazione e senza specificazione.

136

I sintomi dissociativi sono vissuti come:

- a) intrusioni non volute nella coscienza e nel comportamento, unite a perdite della continuità dell'esperienza soggettiva (depersonalizzazione, derealizzazione);
- b) incapacità di accedere informazioni o controllare funzioni mentali in genere facilmente accessibili e controllabili (amnesia).

Si riscontrano frequentemente nel periodo successivo ad un trauma e molti aspetti del disturbo, tra cui l'imbarazzo e la confusione riguardo i sintomi e il desiderio di nasconderli, sono influenzati dalla prossimità temporale del trauma.

Disturbo dissociativo dell'identità

Criteri diagnostici:

- A. Disgregazione dell'identità caratterizzata da due o più stati di personalità distinti, che in alcune culture può essere descritta come 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 sensomotorio.
- B. Ricorrenti vuoti nella rievocazione di eventi quotidiani, di importanti informazioni personali 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 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 o di un'altra condizione medica.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

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 (A). Periodi prolungati di disgregazione dell'identità possono verificarsi quando le pressioni psicosociali sono gravi o protratte nel tempo. In molti casi di disturbo dissociativo dell'identità, le manifestazioni di identità alternative sono molto visibili. Tuttavia, la maggior parte degli individui con tale disturbo, nella forma senza esperienza di possessione, non mostra apertamente la discontinuità dell'identità; solo una piccola parte si presenta all'osservazione clinica con un'alternanza di

identità osservabili. Quando gli stati di personalità alternativi non sono osservabili direttamente, il disturbo può essere identificato da 2 cluster di sintomi:

1. Improvvise alterazioni o discontinuità del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni (A).
2. Amnesie dissociative ricorrenti (B).

I sintomi del criterio A sono correlati a discontinuità di esperienza che può influenzare qualunque aspetto del funzionamento di un individuo. Individui con questo disturbo possono riferire la sensazione di essere diventati improvvisamente osservatori dei propri discorsi e azioni, che possono sentirsi incapaci di interrompere (senso di sé). Tali individui possono anche riferire la percezione di voci. Le voci possono essere molteplici e indipendenti, sui quali non hanno controllo. Emozioni forti, impulsi o altre azioni possono manifestarsi repentinamente, senza un senso di appartenenza personale o di controllo (consapevolezza delle proprie azioni). Queste emozioni e impulsi sono frequentemente definiti come egodisttonici e sconcertanti. Atteggiamenti e preferenze personali possono cambiare repentinamente e tornare poi nuovamente quelli di prima. Gli individui possono percepire il proprio corpo come diverso (es. come quello di un bambino, o di una persona di sesso opposto). Alterazioni del senso di sé e perdita della consapevolezza delle proprie azioni possono essere accompagnate da un sentimento che questi atteggiamenti, emozioni e comportamenti non appartengono a sé o non sono sotto il proprio controllo. Anche se la maggior parte dei sintomi del criterio A sono soggettivi, molte di queste improvvise discontinuità dell'elocchio, dell'affettività e del comportamento possono essere testimoniate da familiari, amici o dal medico. Convulsioni e altri sintomi di conversione sono rilevabili in alcune manifestazioni di questo disturbo. L'amnesia dissociativa si manifesta in tre modalità:

1. Vuoti nella memoria remota, inerenti a eventi di vita personale.
2. Errori nella memoria relativa a procedure acquisite.
3. Scoperta di evidenze di azioni e compiti quotidiani che non si ricorda di aver compiuto.

Sono comuni le fughe dissociative, in cui l'individuo si accorge di spostamenti dissociati. Di conseguenza, questi individui possono riferire di essersi improvvisamente ritrovati in un luogo senza ricordarsi di come vi siano arrivati. È comune minimizzare i sintomi amnesici.

Le identità con esperienza di possessione si manifestano tipicamente come comportamenti nei quali sembra che uno spirito, un essere sovrannaturale o una persona esterna abbia preso il controllo, così che l'individuo comincia parlare o agire in un modo distintamente diverso dal solito. Per esempio, può comportarsi come se la sua identità fosse stata sostituita da quella del fantasma di una ragazza suicidatasi anni prima, nella stessa comunità. Le identità che emergono durante le manifestazioni in forma di possessione si presentano ricorrentemente, sono non volute e involontarie, causano disagio o compromissione clinicamente significativi (C) e non sono parte normale di pratiche culturali o religiose largamente accettate (D). Gli individui con tale disturbo manifestano tipicamente in comorbilità: depressione, ansia, abuso di sostanze, autolesionismo, convulsioni non epilettiche o altri sintomi comuni. Essi spesso nascondono le sconnessioni della coscienza, l'amnesia o altri sintomi dissociativi. Molti riferiscono flashback durante i quali rivivono le sensazioni di un evento precedente come se stesse avvenendo quel momento, con una parziale o completa perdita di contatto con la realtà o disorientamento, e successiva amnesia del contenuto del flashback. Individui con tale disturbo tipicamente riferiscono di aver subito diversi tipi di maltrattamenti durante l'infanzia e l'età adulta. Possono anche essere riferiti eventi di vita precoci ed opprimenti, come molteplici procedure mediche, lunghe e dolorose, nell'infanzia. Sono frequenti automutilazioni e comportamenti suicidi.

La prevalenza negli USA è dell'1,6% dei maschi e 1,4% nelle femmine. Il disturbo può manifestarsi per la prima volta ad ogni età. Nei bambini, può generare problemi con la memoria, la concentrazione, l'attaccamento e il gioco. Tuttavia, solitamente non manifestano cambiamenti di identità, ma principalmente sovrapposizione ed interferenza tra stati mentali con sintomi correlati. In adolescenza, cambiamenti improvvisi nell'identità possono sembrare semplici alterazioni dovute alla fase di sviluppo. Individui più anziani possono richiedere un trattamento per condizioni che somigliano all'esordio tardivo di disturbi dell'umore, disturbo ossessivo-compulsivo, paranoia, disturbi psicotici dell'umore o disturbi cognitivi dovuti ad amnesia dissociativa. Scompenso psicologico ed evidenti cambiamenti di identità possono essere scatenati anche da:

1. allontanamento dalla situazione traumatica;
2. i figli dell'individuo raggiungono la stessa età in cui l'individuo aveva vissuto l'abuso o il trauma;
3. esperienze traumatiche successive;
4. la morte di, o l'esordio di una malattia fatale in coloro che hanno abusato dell'individuo.

L'abuso fisico e sessuale è associato ad un maggior tasso di rischio per il disturbo dissociativo dell'identità. Sono state riportate inoltre altre forme di esperienze traumatizzanti, tra cui procedure mediche e chirurgiche nell'infanzia, guerra, prostituzione minorile e terrorismo. Abusi continuativi, nuovi traumi nel corso della vita, comorbilità con disturbi mentali, malattie mediche gravi e ritardo nel trattamento sono fattori associati a prognosi peggiore.

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 come convulsioni non epilettiche, paralisi o deficit sensoriali. Le identità frammentarie possono assumere forma di spiriti possessori, divinità o demoni. 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 inoltre 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.

Le femmine con disturbo dissociativo dell'identità manifestano più frequentemente stati dissociativi. I maschi esibiscono in genere maggiori comportamenti criminali e violenti. Oltre il 70% dei pazienti con disturbo dissociativo dell'identità ha tentato il suicidio; sono comuni tentativi molteplici ed è frequente il comportamento autolesionistico. Il grado di compromissione varia ampiamente, da minimo 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.

Con un trattamento appropriato, molti individui mostrano un netto miglioramento del funzionamento lavorativo e personale. Tuttavia, alcuni rimangono altamente compromessi nella maggior parte delle attività della vita. 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.

La diagnosi differenziale può essere condotta con:

- Disturbo dissociativo con altra specificazione. Può essere distinto dal DDI 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 DDI 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 DDI 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. I cambiamenti di umore rapidi degli individui con DDI - tipicamente nel giro di minuti od ore, al contrario dei cambiamenti di umore più lenti osservati negli individui con disturbi bipolari - sono dovuti ai rapidi cambiamenti di umore soggettivi comunemente riportati dagli stati dissociativi. Inoltre, umore elevato o depresso possono essere mostrati in relazione alle identità più visibili, quindi l'uno o l'altro stato affettivo può predominare per un periodo di tempo relativamente lungo, o virare nel giro di pochi minuti.
- Disturbo da stress post-traumatico. Alcuni individui traumatizzati presentano sia il DSPT, sia il DDI. La diagnosi differenziale richiede che il medico stabilisca la presenza o l'assenza di sintomi dissociativi che non sono caratteristici dell'uno o dell'altro disturbo.
- Disturbi psicotici. Il DDI può essere confuso con la schizofrenia o altri disturbi psicotici. Le voci interne possono essere confuse con allucinazioni psicotiche. Esperienze dissociative di frammentazione dell'identità o possessione e di percepita perdita di controllo sui propri pensieri, sensazioni e gesti, possono essere confuse con segni di disturbi formali del pensiero. Individui con DDI possono anche riferire allucinazioni di vario tipo, solitamente collegate a fattori post- traumatici e dissociativi, quali flashback parziali. Questi individui vivono tali sintomi come causati dalle identità alternative, non danno quindi spiegazioni deliranti dei fenomeni e spesso descrivono i sintomi in maniera personificata (es. "mi sento come se qualcuno volesse piangere con i miei occhi"). Voci interne persecutorie e sprezzanti associate ai sintomi depressivi possono essere erroneamente diagnosticate come "depressione maggiore con caratteristiche psicotiche". Cambiamenti di identità caotici 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.
- Disturbi indotti da sostanze o farmaci. Sintomi associati agli effetti fisiologici di una sostanza possono essere distinti dal DDI se la sostanza in questione è giudicata eziologicamente correlata al disturbo.
- Disturbi di personalità. Questi individui spesso presentano identità che sembrano racchiudere una varietà di gravi caratteristiche dei disturbi di personalità, specialmente del disturbo borderline. Significativamente, tuttavia, la variabilità longitudinale dello stile di personalità dell'individuo differisce dalla disfunzione pervasiva e persistente nella gestione dell'affettività e delle relazioni interpersonali tipica di individui con disturbi di personalità.
- Disturbo di conversione. 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.
- Disturbi convulsivi. Individui con disturbo dissociativo dell'identità possono manifestare sintomi simil-convulsivi e comportamenti che assomigliano a crisi epilettiche parziali complesse. Questi includono: déjà vu, jamais vu, depersonalizzazione, di realizzazione, esperienze extra corporee, amnesia, sconnessioni della coscienza, allucinazioni e altri fenomeni intrusivi di sensazioni, affetti e pensieri. Reperti elettroencefalografici nella norma differenziano i due disturbi.
- Disturbo fittizio e simulazione. Individui che simulano il disturbo dissociativo dell'identità non riferiscono i sottili sintomi di intrusione caratteristici del disturbo. Tendono piuttosto a riferire in maniera eccessiva i ben noti sintomi del disturbo, come l'amnesia dissociativa, mentre non riportano i sintomi meno noti, come la depressione. Inoltre, mentre gli individui che soffrono realmente di questo disturbo tendono a vergognarsene, coloro che simulano tendono ad essere relativamente non

turbati dal disturbo stesso. Individui che fingono di essere affetti da questo disturbo solitamente creano, inoltre, identità alternative limitate e stereotipate, collegate ad eventi da cui si vuole trarre un vantaggio. Possono ad esempio presentare un'identità completamente buona e una completamente cattiva, nella speranza di essere scagionati da un crimine.

Comorbilità: molti individui con questo disturbo ne manifestano altri in comorbilità. Se non vengono valutati e trattati specificamente per il disturbo dissociativo, essi spesso ricevono trattamenti prolungati solo per la diagnosi in comorbilità, con una ridotta risposta al trattamento e conseguente demoralizzazione e disabilità. La maggior parte sviluppa un disturbo da stress post-traumatico. Altri disturbi in comorbilità includono: disturbi depressivi, associati a traumi ed eventi stressanti, evitante di personalità e borderline di personalità, di conversione, da sintomi somatici, dell'alimentazione, correlati a sostanze, ossessivo-compulsivo e del sonno.

Amnesia dissociativa

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 della propria identità e della 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 o ad una condizione neurologica o medica di altro tipo.
- 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.

Specificare se con fuga dissociativa: un viaggio intenzionale o disorientato, associati ad amnesia per la propria identità o altri importanti informazioni autobiografiche.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica principale è l'incapacità di ricordare importanti informazioni autobiografiche che 1. dovrebbero essere ben conservate nella memoria e 2. di solito sarebbero facilmente ricordate (A). L'amnesia *dissociativa* differisce dalle amnesie *permanenti*, che impediscono la conservazione o il richiamo delle informazioni in memoria, per il fatto che è sempre potenzialmente reversibile. L'amnesia *circoscritta*, l'incapacità di ricordare eventi di uno specifico periodo di tempo, è la forma più comune di amnesia dissociativa. Nell'amnesia *selettiva* l'individuo può ricordare alcuni, ma non tutti, gli eventi riguardanti un periodo circoscritto di tempo. L'amnesia *generalizzata*, ossia la completa perdita della memoria della propria storia personale, è molto rara. Individui con amnesia *generalizzata* possono dimenticare la propria identità; alcuni perdono le loro precedenti conoscenze del mondo e non possono più accedere a competenze già note. Può essere più comune tra i veterani di guerra, le vittime di aggressioni sessuali e di individui che vivono stress o conflitti emotivi estremi. Questi pazienti vengono generalmente portati all'attenzione della polizia o dei servizi psichiatrici d'urgenza, a causa del loro disorientamento e del vagare senza meta'.

Individui con amnesia dissociativa sono spesso inconsapevoli del loro problemi di memoria. Molti di essi minimizzano l'importanza della perdita di memoria e possono sentirsi a disagio quando vengono stimolati ad affrontare il problema. Nell' amnesia *sistematizzata*, l'individuo perde il ricordo di una specifica categoria di informazioni. Nell' amnesia *continuativa*, un individuo dimentica ogni nuovo evento che avviene.

Molti individui hanno una compromissione cronica delle abilità necessarie a formare e mantenere relazioni soddisfacenti. Sono comuni storie di traumi, abusi infantili e persecuzione. Alcuni riferiscono l'aspetto dissociativo. Molti hanno una storia di automutilazioni, tentativi di suicidio e altri comportamenti ad alto rischio. Sono comuni sintomi depressivi e neurologici, depersonalizzazione, disfunzioni sessuali, sintomi autoipnotici ed elevata ipnotizzabilità. Lievi lesioni cerebrali provocate da traumi possono precedere l'amnesia dissociativa.

La prevalenza negli Stati Uniti è dell'1,8% L'esordio, nell' amnesia generalizzata, è solitamente improvviso. Si sa meno riguardo all'esordio delle amnesie circoscritte e selettive, in quanto di rado evidenti, perfino all'individuo stesso. Gli individui possono riferire molteplici episodi di amnesia dissociativa. Un singolo episodio può predisporre a futuri ricadute. Alcuni di essi si risolvono rapidamente, mentre altri persistono per lunghi periodi. Quando l'amnesia va incontro a remissione possono essere presenti disagio intenso e sintomi di disturbo da stress post-traumatico. L'amnesia dissociativa è stata osservata in bambini piccoli, adolescenti e adulti. Per diagnosticarla nei bambini, possono essere necessari resoconti da molteplici fonti.

Esperienze traumatiche singole o ripetute sono precedenti comuni. È più probabile che l'amnesia 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;
3. aumentata gravità, frequenza e violenza del trauma.

Non vi sono studi genetici sull'amnesia dissociativa. L'allontanamento dalle circostanze traumatiche sottostanti può portare un rapido ritorno della memoria.

Comportamenti suicidi 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. La compromissione di questi individui varia da limitata a grave. Quando un individuo con amnesia dissociativa generalizzata riapprende aspetti della sua storia personale, la memoria autobiografica rimane molto compromessa. La maggior parte di questi individui sviluppa disabilità in ambito professionale e relazionale.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo dissociativo dell'identità. Le amnesie del disturbo dissociativo dell'identità comprendono tipicamente amnesia per eventi di vita quotidiana, la scoperta di oggetti inspiegati, improvvise oscillazioni nelle abilità e conoscenze, importanti vuoti di memoria nel rievocare il proprio passato e brevi vuoti di memoria nelle relazioni.
- Disturbo da stress post-traumatico. Alcuni individui con questo disturbo non riescono a ricordare una parte o la totalità di un specifico evento traumatico. Quando tale amnesia si estende oltre il momento del trauma, è giustificata una diagnosi di amnesia dissociativa in comorbilità.
- Disturbi neurocognitivi. Qui, la perdita di memoria è solitamente strutturata all'interno di disturbi cognitivi. Nell'amnesia dissociativa, i deficit riguardano primariamente informazioni autobiografiche, mentre le abilità cognitive sono intatte.

- Disturbi correlati a sostanze. Nel contesto di ripetute intossicazioni di alcol o altre sostanze, possono esservi episodi di blackout. Per distinguerli dall'amnesia dissociativa, può essere utile un'anamnesi indicante che gli episodi amnesici hanno luogo soltanto nel contesto di intossicazione. Un uso prolungato di alcol o altre sostanze può condurre a un disturbo indotto da sostanze che può essere associato a compromissione delle funzioni cognitive, mentre nell'amnesia dissociativa non vi è alcuna evidenza di compromissione persistente del funzionamento intellettuivo.
- Amnesia post-traumatica dovuta a danno cerebrale. Un' amnesia può avere luogo nel contesto di un danno traumatico cerebrale quando vi è stato un colpo sulla testa o a causa di un rapido movimento o spostamento del cervello all'interno del cranio (DTC). Altre caratteristiche comprendono: perdita di coscienza, disorientamento e confusione, segni neurologici. Questi disturbi si presentano immediatamente dopo il danno cerebrale, e persistono dopo la fase acuta. La manifestazione cognitiva di questo disturbo comprende difficoltà nell'ambito dell'attenzione, delle funzioni esecutive, dell'apprendimento e della memoria, così come il rallentamento dell'elaborazione delle informazioni. Tali caratteristiche aiutano a distinguerlo dall' amnesia dissociativa.
- Disturbi convulsivi. Individui con questi disturbi possono esibire comportamenti complessi e convulsioni. Alcuni 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 complesso, orientato a uno scopo e può durare per giorni, settimane o più. Occasionalmente, individui con 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 circostanze traumatiche. Elettroencefalogrammi ripetuti mostrano, in genere, anomalie. Amnesie dissociative ed epilettiche possono coesistere.
- Stupore catatonico. Il mutismo può suggerire la presenza di amnesia, ma essa è assente.
- Disturbo fittizio di simulazione. Non esistono test 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.
- Modificazioni della memoria normali e correlate all'età. A differenza di quelle dovute all'amnesia dissociativa, non sono associate a eventi stressanti.

Comorbilità: quando l'amnesia dissociativa comincia a recedere, emerge un'ampia varietà di fenomeni affettivi: isteria, dolore, rabbia, vergogna, senso di colpa, tumulto interiore e conflittualità, ideazione suicidaria e omicida, impulsi e gesti suicidi e omicidi. Pertanto, questi individui possono presentare sintomi che soddisfano i criteri per un disturbo depressivo maggiore, disturbo dissociativo, disturbo dell'adattamento con umore depresso o 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, specie quando i precedenti traumatici delle loro amnesie sono portati alla consapevolezza. Molti individui presentano inoltre in comorbilità sintomi che soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo da sintomi somatici e disturbo di conversione. Molti presentano sintomi che soddisfano criteri diagnostici per un disturbo di personalità, in particolar modo dipendente, evitante e borderline.

Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione

Criteri diagnostici

- A. La presenza di persistenti o ricorrenti esperienze di depersonalizzazione, derealizzazione o entrambe:

1. Depersonalizzazione. Esperienze di irrealità, 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 irrealità 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, 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 (es. una droga, un farmaco) o ad un'altra condizione medica.
- 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 e diagnosi differenziale

Le manifestazioni essenziali del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione sono episodi persistenti o ricorrenti di uno o entrambi questi sintomi. Gli episodi di depersonalizzazione sono caratterizzati da sentimenti di irrealità, distacco o estraneità verso se stessi o alcuni aspetti di sé (A1). L'individuo può sentirsi distaccato dal suo intero essere o da aspetti del proprio sé, tra cui sentimenti, pensieri, corpo o parti di esso, sensazioni. Può presentarsi un diminuito senso di consapevolezza delle proprie azioni. L'esperienza di depersonalizzazione può talvolta essere quella di un sé diviso, con una parte che osserva e una che partecipa, nota come *esperienza extracorporea*. Gli episodi di derealizzazione sono caratterizzati da un sentimento di irrealità, distacco o estraneità nei confronti del mondo (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. L'ambiente può essere percepito come artificiale, senza colori o vita. È comunemente accompagnata da distorsioni visive come offuscamento, acuità visiva amplificata, restringimento o ampliamento del campo visivo, appiattimento del campo dimensionale, tridimensionalità esagerata, distanza o dimensione degli oggetti alterata. Possono verificarsi anche distorsioni uditive. In aggiunta, il criterio C richiede la presenza di compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Gli individui con questo disturbo possono avere difficoltà a descrivere i loro sintomi e possono pensare di stare "impazzendo". Un'altra esperienza comune è la paura di un danno cerebrale irreversibile. Un sintomo comunemente associato è un senso del tempo soggettivamente alterato, come pure una difficoltà soggettiva nel rievocare vividamente ricordi passati e sentirli propri sul piano personale ed emotivo. Si verificano a volte sintomi somatici, quali sensazione di pienezza nella testa, formicolio o sensazione di stordimento. Gli individui possono ruminare eccessivamente o avere preoccupazioni ossessive; ad esempio controllano le proprie percezioni continuamente per determinare se sono reali. Caratteristiche comuni sono anche livelli variabili di ansia e depressione.

Sintomi di depersonalizzazione/derealizzazione transitori, che durano ore o giorni, sono comuni nella popolazione generale. Tuttavia, una sintomatologia che soddisfa tutti i criteri è meno comune. La prevalenza negli Stati uniti è approssimativamente del 2%. L'età media dell'esordio è di 16 anni, sebbene il disturbo possa avere origine nella prima o seconda infanzia. Esso può variare da improvviso a graduale. Anche la durata degli episodi può variare, da breve a prolungata, da ore ad anni. Mentre in alcuni individui l'intensità dei sintomi aumenta e diminuisce, altri riferiscono un livello stabile di intensità che, in casi estremi, può essere costantemente presente per decenni. Fattori come lo stress, il peggioramento dei sintomi di ansia e di

umore, contesti nuovi o iperstimolanti e fattori fisici come la mancanza di sonno possono causare un peggioramento dei sintomi. Tra i fattori di rischio indichiamo:

- Fattori temperamental. Individui con questo disturbo sono caratterizzati da comportamento di evitamento del danno, difese immature e schemi di disconnessione e iperconnessione. Difese immature quali idealizzazione/svalutazione, proiezione e passaggio all'atto esitano in negazione della realtà e adattamento inadeguato. La disconnessione cognitiva riflette deficit e inibizione emotiva e include tematiche dell'abuso, della trascuratezza e della depravazione. L'iperconnessione include una compromissione dell'autonomia con tematiche di dipendenza, vulnerabilità e incompetenza.
- Fattori ambientali. Esiste una chiara associazione tra il disturbo e traumi interpersonali vissuti nell'infanzia, in una percentuale sostanziale di individui. Abuso emotivo e trascuratezza sono stati associati al disturbo in modo più marcato. Essere testimone di violenze domestiche, abuso fisico, crescere insieme a un genitore malato mentale o fortemente disabile, morte inaspettata o suicidio di un membro della famiglia o di un amico stretto costituiscono elementi stressanti che incidono sull'aggravarsi del disturbo. Fattori precipitanti più comuni sono: gravi stress, depressione, ansia e uso di sostanze illegali. I sintomi possono essere indotti da sostanze quali: THC, allucinogeni, ketamina, MDMA, Salvia Divinorum. L'uso di marijuana può precipitare l'esordio dei sintomi di attacco di panico e di depersonalizzazione/derealizzazione, simultaneamente.

Esperienze di depersonalizzazione/derealizzazione volontariamente indotte possono far parte di pratiche di meditazione presenti in molte religioni e culture. 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. I sintomi del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione sono molto angoscianti. Il modo di comportarsi di questi individui, appiattito e robotico, può sembrare incoerente con la profonda sofferenza emotiva da essi riferita. La compromissione viene vissuta sia nella sfera interpersonale che in quella lavorativa, ed è largamente dovuta alla ridotta emotività verso gli altri, alla difficoltà nel mettere a fuoco e trattenere informazioni e a un generale senso di disconnessione dalla vita.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo d'ansia di malattia. Sebbene individui con disturbo D/D possano presentarsi con vaghi sintomi fisici, così come con il timore di danni cerebrali permanenti, tale diagnosi è caratterizzata dalla presenza di una costellazione di sintomi tipici 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 sono comuni degli episodi depressivi maggiori. Tuttavia, nel disturbo D/D tali sintomi sono associati ad altri specifici. Se il disturbo D/D precede chiaramente l'esordio di un episodio depressivo, bisogna apporre diagnosi di disturbo D/D.
- Disturbo ossessivo-compulsivo. Alcuni individui con disturbo D/D 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 DOC.
- Altri disturbi dissociativi. Per porre la diagnosi di disturbo D/D, i sintomi non dovrebbero presentarsi nel contesto di un altro disturbo dissociativo, quale quello dell'identità. La differenziale dall'amnesia dissociativa e dal disturbo di conversione è più semplice, perché i sintomi di questi non si sovrappongono a quelli del disturbo D/D.
- Disturbi d'ansia. I sintomi dissociativi sono fra i sintomi degli attacchi di panico. Pertanto il disturbo D/D non dovrebbe essere diagnosticato quando i sintomi hanno luogo solo durante attacchi di panico che sono parte del disturbo di panico, d'ansia sociale o della fobia specifica. Inoltre, i sintomi dissociativi possono esordire nel contesto di un attacco di panico o quando il DDP peggiora. In tali

casi, la diagnosi di disturbo D/D può essere posta se 1) la componente di D/D è molto pronunciata fin dall'inizio, eccedendo in intensità il fenomeno dell'attacco di panico 2) la D/D continua dopo che il disturbo di panico è andato incontro a remissione.

- Disturbi psicotici. La presenza di un esame di realtà integro è essenziale per differenziare il disturbo D/D da disturbi psicotici.
- Disturbi indotti da sostanze/farmaci. In circa il 15% di tutti i casi di disturbo D/D, i sintomi sono precipitati dall'assunzione di tali sostanze. Se sintomi persistono in assenza di ulteriore uso di sostanze o farmaci, viene posta la diagnosi di disturbo D/D. La grande maggioranza degli individui con tale manifestazione diviene altamente fobica e contraria nei confronti delle sostanze che hanno scatenato i sintomi.
- Disturbi mentali dovuti a un'altra condizione medica. Caratteristiche come l'esordio dopo i 40 anni di età o la presenza di sintomi con decorso atipico suggeriscono la possibilità che vi sia una condizione medica sottostante. In questi casi, è essenziale condurre una meticolosa valutazione neurologica. Questo è possibile attraverso esami di laboratorio, elettroencefalogramma, valutazioni visive, studio del sonno, tecniche di brain imaging.

Comorbilità: le patologie più spesso presenti sono il disturbo depressivo e alcuni disturbi d'ansia. I tre disturbi di personalità più frequentemente presenti in concomitanza sono quelli evitante, borderline e ossessivo-compulsivo.

Disturbo dissociativo con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dissociativo predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dissociativi. Viene utilizzata nelle situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico DD. Questo viene eseguito registrando "disturbo dissociativo con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (es. trance dissociativa).

Gli esempi di manifestazioni che possono essere specificate comprendono i seguenti:

- Sindromi croniche ricorrenti di sintomi dissociati misti: include un disturbo dell'identità con una discontinuità meno marcata del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni, o episodi di possessione in un individuo che non presenta amnesia dissociativa.
- Disturbo dell'identità dovuto a persuasione coercitiva prolungata e intensa: individui che sono stati sottoposti a persuasioni coercitive intense possono manifestare modificazioni prolungate della propria identità (es. coinvolgimento in sette o in organizzazioni terroristiche).
- Reazioni dissociative acute reattive a eventi stressanti: riguarda condizioni transitorie, che durano meno di 1 mese e talvolta solo alcune ore o giorni. Esse sono caratterizzate da restringimento della coscienza, depersonalizzazione, derealizzazione, disturbi percettivi, microamnesie, alterazioni del funzionamento sensomotorio.
- Trance dissociativa: caratterizzata da un restringimento acuto o da una perdita completa di consapevolezza dell'ambiente circostante che si manifesta con profonda mancanza di responsività o insensibilità agli stimoli ambientali. Può essere accompagnata da comportamenti stereotipati di cui l'individuo non è consapevole (es. movimenti delle dita), così come da paralisi transitorie o perdite di coscienza. Essa non è un normale elemento di una pratica collettiva culturale o religiosa largamente accettata.

Disturbo dissociativo senza specificazione

Questa categoria si applica quando 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 vi sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

Questa categoria costituisce una **novità** propria del DSM-5. Comprende la diagnosi di:

- disturbo da sintomi somatici
- disturbo d'ansia di malattia
- disturbo di conversione
- fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche
- disturbo fittizio
- disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione
- disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione.

147

Tutti hanno una caratteristica comune: la rilevanza di sintomi somatici associati a disagio e compromissione significativi. Queste diagnosi, ridefinite in base ad una riorganizzazione del disturbo somatoforme contenuto nel DSM-IV, sono di maggiore utilità per i medici generici e per gli specialisti non psichiatri.

La principale diagnosi di questa classe diagnostica dà rilievo a una diagnosi posta in base a sintomi e segni positivi: i sintomi somatici che procurano disagio sono accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti anomali, adottati in risposta ad essi. Caratteristica distintiva di molti individui con questi disturbi è il modo in cui presentano e interpretano i loro sintomi somatici. Includere la componente affettiva, cognitiva e comportamentale offre l'opportunità di effettuare una disamina più completa e accurata del quadro clinico.

I principi che sono alla base dei cambiamenti apportati, rispetto al DSM-IV, nelle diagnosi di questa categoria sono fondamentali per comprenderne le novità. Il termine precedentemente utilizzato, di **disturbi somatoformi**, creava confusione ed è stato sostituito da **disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati**. Nella precedente edizione del manuale erano inoltre 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 contenute nella IVa edizione del DSM erano difficili da capire e utilizzare. L'attuale classificazione riconosce tale sovrapposizione, riducendo il numero totale dei disturbi e delle rispettive sottocategorie. I criteri precedenti attribuivano un'eccessiva importanza alla centralità dei sintomi inspiegabili dal punto di vista medico. Essi sono presenti a vari livelli, ma i disturbi da sintomi somatici possono anche accompagnare disturbi medici diagnosticati. L'attendibilità della decisione di stabilire che un sintomo somatico non abbia una spiegazione medica è limitata, e basare una diagnosi sull'assenza di una spiegazione è problematico. Non è infatti appropriato diagnosticare a un individuo un disturbo mentale solo perché non è possibile dimostrarne la causa medica. Inoltre, la presenza di una diagnosi medica non esclude a sua volta la possibilità che vi sia un disturbo mentale in comorbilità. I sintomi non spiegabili dal punto di vista medico restano una caratteristica fondamentale del disturbo di conversione e della pseudocesie (gravidanza immaginaria) perché è possibile dimostrare inequivocabilmente che, in tali disturbi, i sintomi non sono coerenti con la patologia medica. È importante notare che, in alcuni disturbi mentali, possono inizialmente manifestarsi sintomi prevalentemente fisici. Tali diagnosi possono spiegare i sintomi somatici, oppure affiancarsi ad uno dei disturbi descritti in questa sezione.

Disturbi d'ansia e depressivi possono accompagnare i disturbi da sintomi somatici. La componente fisica aggiunge gravità e complessità ai disturbi d'ansia o depressivi e si traduce in maggiore gravità, compromissione funzionale e refrattività alle cure. In rari casi, il grado di preoccupazione può essere così grave da giustificare una diagnosi di disturbo delirante.

Alcuni fattori possono contribuire all'insorgenza di questa classe di sintomi:

- vulnerabilità genetica e biologica (es. aumentata sensibilità al dolore)
- precoci esperienze traumatiche e di apprendimento (es. attenzione ottenuta per mezzo della malattia)
- norme culturali e sociali che svalutano e stigmatizzano la sofferenza psicologica rispetto alle sofferenze fisiche.

Tutti questi disturbi sono caratterizzati dalla preponderante attenzione incentrata sulle preoccupazioni somatiche e dal fatto che all'inizio gli individui si rivolgono principalmente a strutture mediche, anziché a professionisti della salute mentale. **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 fanno rientrare in una diagnosi di disturbo d'ansia. A questi individui viene riservata la diagnosi di disturbo da ansia di malattia. Esso può essere considerato come parte di questa sezione diagnostica, oppure come un disturbo d'ansia.

Nel disturbo di conversione, la caratteristica essenziale sono i sintomi neurologici che, dopo opportuna valutazione specialistica, risultano incompatibili con la fisiopatologia neurologica. In questa categoria sono inoltre inclusi i fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche. La caratteristica essenziale è la presenza di uno o più fattori psicologici o comportamentali che influenzano negativamente una condizione medica, aumentando il rischio di sofferenza, morte o invalidità.

Come gli altri disturbi, anche il disturbo fittizio si caratterizza per i persistenti problemi legati alla percezione della malattia e all'identità. Nella maggior parte dei casi, gli individui riferiscono sintomi somatici e la convinzione di avere una malattia organica. Di conseguenza, il DSM-5 include il disturbo fittizio tra i disturbi da sintomi somatici.

Disturbo da sintomi somatici

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 a 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 sintomi somatici è persistente, tipicamente da più di 6 mesi.

Specificare se:

- con dolore predominante (in precedenza "disturbo algico");
- persistente (da più di 6 mesi).

Specificare la gravità attuale:

- lieve, se è soddisfatto solo uno dei sintomi del criterio B

- moderata, se sono soddisfatti due o più dei sintomi specificati nel criterio B
- grave, se sono soddisfatti due o più dei sintomi specificati nel criterio B, oltre ai quali vi sono molteplici sintomi fisici.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Tipicamente, gli individui con disturbo da SS presentano contemporaneamente molteplici sintomi somatici, che procurano disagio o portano ad alterazioni significative della vita quotidiana (Criterio A), anche se a volte è presente solo un sintomo grave, più comunemente il dolore. I sintomi possono essere specifici o relativamente aspecifici. Si rivelano talvolta come normali sensazioni corporee o puro malessere. Sintomi somatici senza spiegazione medica non sono sufficienti per porre questa diagnosi. La sofferenza dell'individuo, infatti, è autentica.

I sintomi possono essere o meno associati a un'altra condizione medica. La diagnosi di disturbo da SS e quella di una concomitante malattia organica non si escludono a vicenda. Un individuo può diventare gravemente invalido ad es. a causa di disturbo da SS dopo un infarto miocardico. Se è presente un'altra condizione medica o vi è rischio elevato di svilupparne una, pensieri e sentimenti e comportamenti associati a questa condizione sono eccessivi (criterio B). Gli individui con disturbo da SS tendono ad avere livelli molto elevati di preoccupazione riguardante la malattia (criterio B). Essi valutano i propri sintomi come ingiustificatamente minacciosi, dannosi o fastidiosi e pensano al peggio riguardo alla propria salute.

Nel caso di disturbo da SS grave, le preoccupazioni per la salute possono assumere un ruolo centrale nella vita dell'individuo, dominando le sue relazioni e diventando una caratteristica della sua identità. Gli individui provano tipicamente un'angoscia che si concentra sui sintomi somatici e sul loro significato. Se interrogati direttamente riguardo al loro disagio, alcuni lo descrivono in relazione ad altri aspetti della loro vita, mentre altri negano ogni fonte di disagio, eccetto i sintomi somatici. La qualità di vita è spesso compromessa, sia fisicamente che mentalmente. In caso di disturbo da sintomi somatici grave, la compromissione è evidente e può portare a invalidità. Vi è spesso un elevato utilizzo di cure mediche, che di rado allevia le preoccupazioni. L'individuo può recarsi da vari medici per curare gli stessi sintomi. Questi pazienti sembrano spesso non rispondere alle cure mediche e nuovi trattamenti possono solo esacerbare i sintomi. Alcuni individui con questo disturbo sembrano insolitamente sensibili agli effetti collaterali dei farmaci. Alcuni pensano che la valutazione medica e il trattamento ricevuto siano stati inadeguati.

Le caratteristiche di tipo cognitivo comprendono l'attenzione focalizzata sui sintomi somatici, l'attribuzione di normali sensazioni fisiche a una malattia organica con interpretazioni catastrofiche, la paura di essere malati e il timore che qualsiasi attività fisica potrà essere nociva per il corpo.

Caratteristiche comportamentali possono includere il continuo controllo del corpo alla ricerca di anomalie, la richiesta di aiuto e rassicurazione medica e l'evitamento dell'attività fisica. Queste caratteristiche possono portare a consultazioni mediche in cui gli individui sono così concentrati sulle loro preoccupazioni che non è possibile portarli su altri argomenti. Qualunque rassicurazione tende ad essere vissuta dagli individui come se il medico non li prendesse seriamente. Dal momento che il disturbo da sintomi somatici è associato ai disturbi depressivi, vi è un aumentato rischio di suicidio.

La prevalenza del disturbo da SS dovrebbe essere superiore a quella, più restrittiva, del disturbo di somatizzazione del DSM-IV. La prevalenza può essere di circa il 7%, e si riscontra principalmente nelle donne. Negli individui più anziani, i sintomi somatici e le malattie organiche concomitanti sono comuni; per porre la diagnosi è fondamentale concentrarsi sul criterio B. Può essere comunque sottodiagnosticato negli individui più anziani, sia perché certi sintomi sono considerati parte del normale invecchiamento, sia perché

temere di essere malati è considerato comprensibile negli individui anziani, che soffrono di un numero più elevato di malattie organiche e fanno un maggior uso di farmaci. Nei bambini, i sintomi sono: dolore addominale ricorrente, mal di testa, spossatezza e nausea. Mentre bambini possono avere disturbi somatici, raramente si preoccupano della malattia in quanto tale, prima dell'adolescenza; la risposta dei genitori al sintomo è importante, perché può determinare il disagio associato. E' dunque il genitore a stabilire l'interpretazione dei sintomi e, di conseguenza, le assenze la scuola e il ricorso al medico.

Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo:

- Fattori temperamental. Il tratto di personalità dell'affettività negativa (nevroticismo) è stato identificato come un fattore di rischio di un numero elevato di sintomi somatici. La comorbilità con ansia o depressione è comune e può esacerbare i sintomi.
- Fattori ambientali. Il disturbo da sintomi somatici è più frequente in individui con scarsa scolarizzazione, basso status socioeconomico e in coloro che hanno sperimentato recentemente eventi di vita stressanti.
- Modificatori del decorso. Sintomi somatici persistenti sono associati a caratteristiche demografiche (sesso femminile, età avanzata, disoccupazione...), una storia riferita di abuso sessuale o altre avversità durante l'infanzia, una concomitante malattia organica cronica, un disturbo psichiatrico, stress sociale e fattori di rinforzo come l'indennità di malattia. 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.

150

I sintomi somatici spiccano in varie sindrome legate alla cultura. 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 una peculiare forma alle interazioni paziente - medico.

Il disturbo è associato ad una significativa compromissione dello stato di salute. Molti individui con disturbo da SS grave possono avere punteggi di compromissione dello stato di salute di oltre 2 deviazioni standard al di sotto della norma della popolazione generale.

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale, se i sintomi somatici sono coerenti con un altro disturbo mentale e soddisfano i criteri di tali disturbo, allora quel disturbo va considerato come diagnosi alternativa o aggiuntiva. Se sintomi somatici e correlati si verificano solo durante episodi di depressione maggiore, non viene posta una diagnosi separata di disturbo da SS. Se, come avviene spesso, sono soddisfatti i criteri diagnostici sia per il disturbo da SS che per un altro disturbo mentale, allora dovrebbero essere codificati entrambi. La differenziale può essere condotta con:

- Altre condizioni mediche. La presenza di sintomi somatici non spiegabili dalla medicina non è condizione sufficiente per porre una diagnosi di disturbo da SS. I sintomi di molti individui con disturbi come la sindrome del colon irritabile o la fibromialgia non soddisfano il criterio B, necessario per la diagnosi di disturbo da SS. Viceversa, la presenza di sintomi somatici di un disturbo medico noto non esclude la diagnosi di disturbo da SS, se ne vengono comunque soddisfatti i criteri.
- Disturbo di panico. Sintomi somatici e ansia per la salute tendono a verificarsi negli episodi acuti, mentre nel disturbo da SS i sintomi somatici sono più persistenti.
- Disturbo d'ansia generalizzata. Individui con questo disturbo temono numerosi eventi, situazioni o attività, uno solo dei quali può riguardare la loro salute. Oggetto della preoccupazione non sono, in genere, i sintomi somatici.

- Disturbi depressivi. Sono comunemente accompagnati da sintomi somatici. I disturbi depressivi si differenziano, tuttavia, dal disturbo da SS per i sintomi depressivi essenziali: disforia e anedonia.
- Disturbo d'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 questa diagnosi.
- Disturbo di conversione. Qui, il sintomo manifestato è la perdita di funzione (es. di un arto), mentre nel disturbo da SS è l'attenzione concentrata sul disagio provocato da particolari sintomi. Il criterio B può essere utile per differenziarli.
- Disturbo delirante. Nel disturbo da SS, la convinzione dell'individuo di avere una grave malattia organica non si manifesta con intensità delirante. 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 SS.
- Disturbo di dismorfismo corporeo. In questo caso, l'individuo è afflitto e preoccupato oltremodo da un difetto percepito nelle proprie caratteristiche fisiche. Al contrario, nel disturbo da SS la preoccupazione per i sintomi somatici riflette la paura di una malattia di base, non di un difetto fisico.
- Disturbo ossessivo-compulsivo. Nel disturbo da SS le idee ricorrenti sui sintomi sulla malattia sono meno invasive e gli individui non presentano i comportamenti ripetitivi associati, volti a ridurre l'ansia, tipici del DOC.

Comorbilità: Il disturbo da SS è associato ad alti tassi di comorbilità con disturbi medici, disturbo d'ansia e disturbo depressivo.

Disturbo da ansia di malattia

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, 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 o presenta un evitamento disadattivo.
- E. La preoccupazione della 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 disturbo da sintomi somatici, disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di dismorfismo corporeo, disturbo ossessivo-compulsivo o 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 diagnosi differenziale

La maggior parte degli individui ipocondriaci è ora classificata come avente il disturbo da sintomi somatici; in una minoranza di casi si applica invece la diagnosi di disturbo d'ansia di malattia. Tali disturbi comportano 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. Il disagio non proviene principalmente dal sintomo in sé, quanto piuttosto dall'ansia per il senso, il significato o la causa del sintomo accusato. Se sono presenti un sintomo o un segno fisici, si tratta spesso di normali sensazioni fisiologiche o disfunzioni benigne. Se è presente una condizione medica diagnosticabile, l'ansia e la preoccupazione dell'individuo sono chiaramente eccessive e sproporzionate (criterio B). La preoccupazione riguardante l'idea di essere malati è accompagnata da una sostanziale ansia per la salute e della malattia (criterio C). Gli individui con disturbo d'ansia di malattia si allarmano facilmente riguardo la malattia, anche solo sentendo che qualcun altro si è ammalato. Le loro preoccupazioni non rispondono alle appropriate rassicurazioni mediche, né agli esami diagnostici negativi. Tentativi di assicurare e alleviare i sintomi non riducono le preoccupazioni e possono addirittura aumentarle. Le preoccupazioni riguardo la malattia assumono un posto di rilievo nella vita dell'individuo, influenzandone le attività quotidiane e provocandone persino invalidità. La malattia diventa un elemento centrale dell'identità dell'individuo, un frequente argomento di conversazione. Gli individui con questo disturbo spesso controllano ripetutamente il proprio corpo (criterio D). Fanno ricerche eccessive sulla malattia che sospettano di avere - ad esempio, su Internet - e cercano continuamente rassicurazioni. 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 di situazioni o di attività che temono potrebbero mettere a repentaglio la loro salute.

Poiché credono di avere una malattia fisica, gli individui con disturbo d'ansia di malattia si incontrano molto più spesso in strutture mediche che non di salute mentale. Spesso consultano più medici per lo stesso problema e ottengono ripetutamente risultati negativi nei test diagnostici. A volte, l'attenzione medica porta un paradossale aggravamento dell'ansia o a complicanze iatogene. Gli individui con questo disturbo sono generalmente insoddisfatti delle cure ricevute, le giudicano inutili e spesso hanno la sensazione di non venir presi sul serio dai medici.

Stime sulla prevalenza si basano sulle precedenti edizioni del manuale per la diagnosi di *ipocondria*. La prevalenza varia tra l'1,3 e il 10%, simile tra maschi e femmine.

Tra i fattori di rischio e prognosi sottolineiamo:

- Fattori ambientali. Il disturbo d'ansia di malattia può talvolta essere scatenato da un forte stress o minaccia della vita dell'individuo, grave ma benigna per la sua salute.
- Modificatori del decorso. Approssimativamente, la metà degli individui con questo disturbo presenta una forma transitoria e meno grave.

La diagnosi dovrebbe essere posta con cautela per individui le cui idee sulla malattia sono congruenti con convinzioni culturali ampiamente radicate e accettate. Il disturbo causa notevole compromissione delle attività e riduzione della funzionalità fisica e della qualità di vita legata alla salute. Le preoccupazioni espresse spesso interferiscono con le relazioni interpersonali, alterano la vita familiare e danneggiano le prestazioni professionali.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altre condizioni mediche, comprese quelle neurologiche o endocrine, tumori occulti e altre malattie organiche sistemiche. Tuttavia, la presenza di una condizione medica non esclude la possibilità di coesistenza di questo disturbo. Se è presente una condizione medica, l'ansia per la propria salute e le preoccupazioni legate alla malattia sono chiaramente sproporzionati rispetto la sua gravità.
- Disturbi dell'adattamento. L'ansia per la propria salute è una reazione normale a una malattia grave e non è un disturbo mentale. Se l'ansia riguardante la salute è invece grave, può essere diagnosticato un disturbo dell'adattamento. Tuttavia, solo quando l'ansia è di durata e gravità sufficienti e genera disagio può essere diagnosticato un disturbo d'ansia di malattia.
- Disturbo da sintomi somatici. Viene diagnosticato quando sono presenti significativi sintomi somatici, mentre gli individui con disturbo d'ansia di malattia ne hanno di minimi e sono preoccupati principalmente dall'idea di essere malati.
- Disturbi d'ansia. Nel disturbo d'ansia generalizzata gli individui si preoccupano del numero di eventi, situazioni o attività, uno solo dei quali può riguardare la salute. Nel disturbo di panico, l'individuo può ritenere che gli attacchi di panico riflettano la presenza di una malattia medica, ma l'ansia è tipicamente molto acuta ed episodica. Nel disturbo d'ansia di malattia, ansia e timori riguardanti la salute sono più persistenti e duraturi, benché possano verificarsi attacchi di panico scatenati dalle loro preoccupazioni.
- Disturbo ossessivo-compulsivo e correlati. Talvolta, gli individui con disturbo d'ansia di malattia associano pensieri improvvisi a comportamenti compulsivi. Tuttavia, nel disturbo d'ansia di malattia le preoccupazioni di solito si concentrano sull'*avere* una malattia, mentre nel DOC i pensieri sono intrusivi e incentrati sul timore di *contrarre* una malattia in futuro.
- Disturbo depressivo maggiore. Questi individui rimuginano sulla loro salute e si preoccupano eccessivamente delle malattie. Se ciò però avviene soltanto durante un episodio di DDM, non viene posta un'ulteriore diagnosi. Tuttavia, se l'eccessiva preoccupazione persiste, dovrebbe essere presa in considerazione anche questa diagnosi.
- Disturbi psicotici. Gli individui con disturbo d'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. Inoltre, i veri deliri somatici sono generalmente più bizzarri (es. credere che un organo sia marcio o morto) e poco plausibili.

Comorbilità: poiché è un disturbo nuovo, non se ne conosce l'esatta comorbilità. L'ipocondria è concomitante con i disturbi d'ansia e con i disturbi depressivi. Gli individui con questo disturbo possono inoltre 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.

Specificare il tipo di sintomi:

- Con debolezza o paralisi
- Con movimento anomalo
- Con sintomi riguardanti la deglutizione
- Con sintomi riguardanti l'eloquio
- Con attacchi epilettiformi o convulsioni
- Con anestesia o perdita di sensibilità
- Con sintomi sensoriali specifici
- Con sintomi misti

Specificare se:

- Con fattore psicologico stressante
- Senza fattore psicologico stressante

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Molti medici utilizzano alternativamente le definizioni di “funzionale” o “psicogeno” per descrivere i sintomi del disturbo di conversione. Nel disturbo di conversione possono essere presenti uno o più sintomi di vario tipo. I sintomi motori comprendono debolezza o paralisi, movimenti anomali, anomalie della deambulazione e postura anormale degli arti. I sintomi sensoriali comprendono la 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 somigliare a crisi epilettiche. Altri sintomi includono un ridotto o assente volume della voce, un'articolazione alterata, una sensazione di nodo alla gola 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, ma devono esserci dati clinici a riprova dell'incompatibilità con una malattia neurologica. 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 cambia quando l'individuo viene distratto da esso.
- Negli attacchi che somigliano all'epilessia, la resistenza all'apertura delle palpebre chiuse o un normale elettroencefalogramma effettuato durante l'attacco.
- Per i sintomi visivi, un campo visivo tubolare (visione a tunnel).

Un certo numero di caratteristiche associate possono supportare la diagnosi di disturbo di conversione. Può esserci una storia di molteplici sintomi somatici simili. L'esordio può essere associato a stress o trauma psicologico o di natura fisica. Il disturbo è spesso associato a sintomi dissociativi, 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, dal momento che potrebbe essere impossibile accettare l'assenza di simulazione. A questo disturbo è stato associato il fenomeno detto “la belle indifférence”, cioè la mancanza di preoccupazione rispetto alla natura e alle implicazioni del sintomo. Il concetto di *vantaggio secondario* - cioè quando gli individui traggono benefici esterni, come denaro o

l'esonero da responsabilità - non è specifico del disturbo di conversione e, di fronte a una prova di finzione, andrebbero considerate diagnosi che includono il disturbo fittizio o la simulazione di malattia.

Il disturbo viene identificato in circa il 5% degli individui che si rivolgono ad una clinica neurologica. L'esordio è stato riscontrato a qualsiasi età. La prognosi può essere migliore nei bambini che in adolescenti e adulti. Tra i fattori di rischio/prognosi consideriamo:

- Fattori temperamental: tratti di personalità disadattivi sono comunemente associati al disturbo di conversione.
- Fattori ambientali: può essere presente una storia di abuso infantile e trascuratezza o eventi di vita stressanti.
- Fattori genetici e fisiologici: la presenza di una malattia neurologica che provoca sintomi simili è un fattore di rischio.
- 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 e l'ottenimento di una pensione di invalidità possono rappresentare fattori prognostici negativi.

Cambiamenti che richiamano i sintomi di conversione sono comuni in certi rituali culturalmente codificati. Se i sintomi sono completamente spiegati dal particolare contesto culturale e non provocano disagio clinicamente significativo, allora non viene posta la diagnosi di disturbo di conversione.

Il disturbo è 2-3 volte più comune nelle femmine. Gli individui che ne sono affetti possono presentare notevoli disabilità.

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.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Malattia neurologica.
- 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, mentre nel disturbo di conversione è necessaria tale incompatibilità per la diagnosi. Pensieri, sentimenti e comportamenti eccessivi che caratterizzano il disturbo la 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, perché la valutazione dell'intenzione consapevole non è attendibile. Tuttavia, una prova definitiva della finzione suggerirebbe una diagnosi di disturbo fittizio, se lo scopo dell'individuo è quello di assumere il ruolo di malato o simulare una malattia per ottenere un vantaggio secondario.
- Disturbi dissociativi. Le diagnosi possono essere poste assieme.
- Disturbo di dismorfismo corporeo. Questi individui sono eccessivamente preoccupati per un difetto percepito nelle loro caratteristiche fisiche, ma non lamentano sintomi di malfunzionamento sensoriale o motorio.
- Disturbi depressivi. Questi individui possono riferire un diffuso senso di pesantezza agli arti, mentre la debolezza del disturbo di conversione è più focalizzata ed evidente.
- Disturbo di panico. Sintomi neurologici episodici possono verificarsi sia nel disturbo di conversione sia negli attacchi di panico. In questi ultimi, però, i sintomi neurologici sono transitori, con una

caratteristica sintomatologia cardiorespiratoria. Nel corso degli attacchi non epilettici, ma non di quelli di panico, si verificano: perdita di coscienza con amnesia e violenti movimenti degli arti.

Comorbilità: disturbi d'ansia e depressivi coesistono comunemente con il disturbo di conversione e disturbo da sintomi somatici. Sono più rari: psicosi, disturbi da uso di sostanze e abuso di alcol. I disturbi di personalità sono più frequenti degli individui con disturbo di conversione, rispetto alla popolazione generale.

156

Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche

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.
 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 comportamentali del criterio B non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale.

Specificare la gravità attuale:

- Lieve: aumenta il rischio medico.
- Moderata: aggrava la condizione medica.
- Grave: conduce a un ricovero ospedaliero o a una visita di pronto soccorso.
- Estrema: mette gravemente in pericolo la vita dell'individuo.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La 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 disabilità (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. I fattori comprendono: disagio psicologico, pattern di interazione interpersonale, stili di coping e comportamenti disadattivi per la salute, come la negazione di sintomi o la scarsa aderenza alle prescrizioni mediche. Esempi clinici comuni sono: l'ansia che aggrava l'asma, la negazione della necessità di trattamento del dolore toracico e la manipolazione dell'insulina da parte di un individuo affetto da diabete che desidera perdere peso. È stato inoltre dimostrato che molti fattori psicologici influenzano negativamente le condizioni mediche: sintomi di depressione o ansia, eventi di vita stressanti, stili relazionali, tratti di personalità e stili di coping. Le condizioni mediche influenzate possono essere quelle con una chiara fisiopatologia (es. cancro), sindromi funzionali (es. colon irritabile) o sintomi clinici idiopatici (es. spossatezza, vertigini).

Questa diagnosi dovrebbe essere riservata ai casi in cui l'effetto del fattore psicologico sulla condizione medica sia evidente. Al contrario, i sintomi psicologici che si sviluppano in risposta ad una condizione medica vengono più propriamente codificati come un disturbo dell'adattamento.

La prevalenza non è chiara. I fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche possono presentarsi a qualsiasi età, anche nei bambini più piccoli. Numerose differenze culturali possono influenzare il decorso del disturbo, come quelle riguardanti la lingua e lo stile di comunicazione, le modalità di richiesta di assistenza sanitaria, la disponibilità e l'organizzazione di servizi, i ruoli familiari e di genere e l'atteggiamento verso la sofferenza e la morte. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo mentale dovuto 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.
- Disturbi dell'adattamento. Sintomi psicologici o comportamentali anomali che si sviluppano in risposta ad una condizione medica vengono codificati più propriamente come disturbo dell'adattamento.
- Disturbo da sintomi somatici. Esso è caratterizzato da una combinazione di sintomi che provocano disagio e pensieri eccessivi o disadattativi. L'individuo può soffrire o meno di una condizione medica diagnosticabile. Al contrario, nel caso di fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche, l'enfasi viene posta sull'aggravamento della condizione medica. Nel disturbo da sintomi somatici, l'enfasi viene posta su pensieri, sentimenti e comportamento disadattivo.
- Disturbo d'ansia di malattia. Esso è caratterizzato da un'elevata ansia di malattia, che provoca disagio e causa alterazioni significative della vita quotidiana. Il fulcro dell'interesse clinico è la preoccupazione dell'individuo di avere una malattia; nella maggior parte dei casi non è presente nessuna malattia grave.

Comorbilità: per definizione, questa diagnosi comporta la concomitanza tra una grave sindrome psicologica, comportamentale o di tratto e una condizione medica.

Disturbo fittizio

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 se: episodio singolo o episodi ricorrenti.

Disturbo fittizio provocato ad altri

- 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 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.

Specificare se: episodio singolo o episodi ricorrenti.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

158

Quando un individuo simula la malattia in un altro, 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*. La caratteristica essenziale del disturbo fittizio è la simulazione di segni e sintomi medici o psicologici, associati a un inganno accertato. Gli individui con DF 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 stia volontariamente contraffacendo, simulando o causando segni o sintomi di malattia o infortunio in assenza di evidenti vantaggi esterni. Il comportamento ingannevole o l'induzione di lesioni associate all'inganno portano gli altri a considerare tali individui come più malati o menomati di quanto non siano realmente, e ciò può portare a un intervento clinico eccessivo. Gli individui con DF potrebbero, ad esempio, riferire di sentirsi depressi e avere intenzioni suicidarie dopo la morte di un coniuge, nonostante la morte non sia vera o l'individuo non sia nemmeno sposato.

Questi individui sono a rischio di vivere un grande disagio psicologico o di 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, disturbi dell'alimentazione e disturbi del controllo degli impulsi, disturbo pedofilico e alcuni altri disturbi, legati sia alla persistenza di un comportamento disturbato sia agli sforzi intenzionali per nascondere con l'inganno tale comportamento. Laddove alcuni aspetti dei disturbi fittizi potrebbero costituire un comportamento criminale, il comportamento criminale e la malattia mentale non si escludono a vicenda.

La prevalenza è sconosciuta, e si stima attorno all'1% dei pazienti in ambito ospedaliero. Il decorso è solitamente caratterizzato da episodi intermittenti. L'esordio avviene solitamente nella prima età adulta, spesso dopo il ricovero per una condizione medica o un disturbo mentale.

La differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo da sintomi somatici. Qui possono essere presenti attenzione e richiesta di cure eccessive, 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 intenzionale segnalazione di sintomi finalizzata all'ottenimento di un vantaggio personale.
- Disturbo di conversione. Esso è caratterizzato da sintomi neurologici non coerenti con la fisiopatologia neurologica. Il DF con sintomi neurologici si distingue dal disturbo di conversione quando c'è riprova della contraffazione ingannevole di 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.
- Condizioni mediche o disturbi mentali non associati a falsificazione intenzionale dei sintomi. Manifestare segni e sintomi di malattia non conformi a una condizione medica identificabile o a un disturbo mentale aumenta la probabilità della presenza di un DF; tuttavia, la diagnosi di DF non esclude la presenza di una vera patologia o di un disturbo mentale, verificandosi 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.

N.B.: Caregiver che mentono sulle lesioni causate sulle persone di cui si occupano, unicamente per non assumersene la responsabilità, non vengono diagnosticati con il DF, perché è evidente la volontà di evitare delle responsabilità come vantaggio esterno (criterio C). Caregiver che, dopo l'osservazione e le testimonianze di altri, vengono scoperti a mentire più di quanto sarebbe necessario per la propria protezione, vengono diagnosticati con *DF provocato ad altri*.

159

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione

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 con questa dicitura comprendono i seguenti:

- disturbo da sintomi somatici, lieve
- disturbo d'ansia di malattia, breve
- disturbo d'ansia di malattia, senza eccessivi comportamenti di malattia (non viene soddisfatto il criterio D del disturbo da ansia di malattia)
- pseudocesie: un'erronea convinzione di essere incinta, associata a segni obiettivi e sintomi riferiti di gravidanza.

Disturbo da sintomi somatici disturbi correlati senza specificazione

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. Questa categoria non dovrebbe essere usata, a meno di situazioni decisamente insolite in cui ci sono informazioni insufficienti per poter porre una diagnosi più specifica.

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Questi disturbi sono caratterizzati da un preesistente disturbo dell'alimentazione o comportamenti inerenti ad essa che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento sociale. Sono forniti criteri diagnostici per:

- pica
- disturbo da ruminazione
- disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
- anoressia nervosa
- bulimia nervosa
- disturbo da binge eating.

160

Questi disturbi esistono in uno schema di classificazione reciprocamente esclusivo, di modo che durante un singolo episodio è possibile porre solamente una diagnosi. Questo perché i disturbi differiscono per decorso clinico, esito e necessità di trattamento. Una diagnosi di pica può tuttavia essere posta in presenza degli altri disturbi dell'alimentazione.

Alcuni individui portatori dei disturbi descritti riportano sintomi simili a quelli tipicamente manifestati da 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, tra cui quelli implicati nella regolazione dell'autocontrollo e della ricompensa.

Infine, l'obesità non viene considerata come un disturbo mentale. Essa è il risultato di un introito di calorie continuato nel tempo ed eccessivo, rispetto al consumo individuale. Una serie di fattori e variabili contribuisce allo sviluppo dell'obesità, tra cui fattori genetici, comportamentali e ambientali, quindi l'obesità non viene considerata un disturbo mentale. Tuttavia, esistono forti associazioni tra l'obesità e un certo numero di disturbi mentali (binge eating, schizofrenia, disturbo bipolare e depressivo).

Gli effetti collaterali di alcuni farmaci psicotropi contribuiscono in modo importante allo sviluppo dell'obesità. Inoltre, quest'ultima può essere un fattore di rischio per lo sviluppo di alcuni disturbi mentali.

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 (es. disabilità intellettuale, disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) o di un'altra condizione medica, è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

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 e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale è la persistente ingestione di una o più sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno 1 mese (A), che risulti sufficientemente grave da giustificare attenzione clinica. Le sostanze tendono a variare con l'età dell'individuo e possono comprendere carta, sapone, stoffa, capelli, gesso, vernice, ghiaccio, metallo, gomma... La diagnosi non viene applicata per l'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 (B) e non deve far parte di una pratica culturalmente sancita (C). È stato suggerito un minimo di 2 anni di età al fine di escludere quel gesto fisiologico di portare alla bocca oggetti che possono essere ingeriti. Può essere una manifestazione associata ad altri disturbi mentali. Se il comportamento 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 (D).

Sebbene in alcuni casi siano stati riferiti deficit di vitamine o sali minerali, spesso non si riscontrano anomalie specifiche. In alcuni casi, la pica giunge all'attenzione clinica solo in seguito a complicazioni mediche generali come ostruzioni intestinali, avvelenamento conseguente all'ingestione di vernici, ecc.

Tra gli individui con disabilità intellettuale, la prevalenza del disturbo sembra aumentare con la gravità della condizione. L'esordio può verificarsi in età infantile, in adolescenza oppure in età adulta, nonostante l'esordio infantile sia più comune. Può verificarsi in bambini con sviluppo normale, mentre negli adulti sembra verificarsi con maggiori probabilità in un contesto di disabilità. L'ingestione di sostanze non commestibili può manifestarsi anche durante la gravidanza, quando possono insorgere desideri incontrollati specifici. La diagnosi durante la gravidanza risulta appropriata solo se tali desideri incontrollati portano all'ingestione di sostanze non commestibili e nella misura in cui questo comportamento costituisce un potenziale rischio medico. Il disturbo, in base alle sostanze ingerite, può essere potenzialmente fatale.

Tra i fattori di rischio, abbiamo i fattori ambientali: l'abbandono, la mancanza di controllo e il ritardo dello sviluppo possono aumentare il rischio di questa condizione.

In alcune popolazioni, mangiare terra o altre sostanze può avere un valore spirituale, medico o sociale. Tale comportamento culturalmente sancito non giustifica una diagnosi di pica.

Radiografie addominali, ultrasuoni e altri metodi di visualizzazione possono rivelare costruzioni correlate alla diagnosi. Analisi di laboratorio possono esser utilizzate per accettare i livelli di avvelenamento. La pica può compromettere in modo significativo il funzionamento fisico e si verifica spesso insieme a disturbi associati alla compromissione del funzionamento sociale. L'ingestione di sostanze non commestibili può manifestarsi durante il decorso di altri disturbi mentali e nella sindrome di Kleine-Levin. In questi casi si dovrebbe porre una diagnosi aggiuntiva di pica solo se il comportamento è sufficientemente persistente e grave da giustificarla. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Anoressia nervosa. La pica può essere distinta dagli altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in base al consumo di sostanze non commestibili. È importante notare, tuttavia, che alcune manifestazioni dell'anoressia nervosa comprendono l'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare quale mezzo per tentare di controllare l'appetito (es. fazzoletti di carta). In questo caso, la diagnosi primaria dovrebbe essere quella di anoressia nervosa.
- Disturbo fittizio. Alcuni individui con questo disturbo possono ingerire intenzionalmente oggetti estranei come parte del pattern di falsificazione di sintomi fisici.

- Autolesività senza intenti suicidari e comportamenti autolesivi senza intenti suicidari dei disturbi di personalità. Alcuni individui possono deglutire oggetti potenzialmente dannosi (es. spilli, aghi...) all'interno di un contesto interattivo associato a disturbi di personalità, oppure ad autolesività senza intenti suicidari.

Comorbilità: i disturbi più comunemente in comorbilità sono il disturbo dello spettro dell'autismo e la disabilità intellettiva e, in misura minore, schizofrenia e disturbo ossessivo-compulsivo. La pica può essere associata alla tricotillomania e al disturbo da escoriazione. I capelli o la pelle vengono solitamente ingeriti. La pica può essere anche associata al disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo. Qualora sia noto che un individuo è affetto da pica, la valutazione dovrebbe comprendere la considerazione di possibili complicazioni gastrointestinali, avvelenamento, infezioni e deficit nutrizionale.

Disturbo da ruminazione

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.
- C. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anorexia 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, sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Specificare se in remissione: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale del disturbo è il ripetuto rigurgito del cibo dopo la nutrizione per un periodo di almeno 1 mese (A). Il cibo precedentemente ingerito, che può essere parzialmente digerito, viene 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 dovrebbe essere frequente, verificandosi almeno diverse volte a settimana o tutti i giorni. Il comportamento non è meglio spiegato da una condizione gastrointestinale associata o da un'altra condizione medica (B) e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (C). Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale, devono essere sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica (D). Il disturbo può essere diagnosticato lungo l'intero arco della vita, soprattutto in individui con disabilità intellettiva.

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. Possono dimostrarsi irritati e affamati tra un episodio di rigurgito e l'altro. Perdita di peso e incapacità di conseguire gli aumenti ponderali previsti sono caratteristiche comuni dei bambini con disturbo da ruminazione. Nei casi più gravi può manifestarsi malnutrizione; anche negli adulti, in particolare quando il rigurgito è accompagnato da restrizione alimentare. Adolescenti e adulti possono tentare di mascherare il comportamento di rigurgito,

mettendosi una mano sulla bocca o tossendo. Alcuni eviteranno di mangiare in pubblico. Il disturbo risulta comunemente più presente in determinati gruppi, come negli individui con disabilità intellettuale.

L'esordio può avvenire durante la prima infanzia, andando frequentemente incontro a remissione spontanea, ma può protrarsi ed esitare in emergenze mediche. Nei neonati, il rigurgito e il comportamento da ruminazione sembrano avere una funzione autocalmante e autostimolante, simile a quella di altri comportamenti motori ripetitivi, come lo sbattere la testa. Problemi psicosociali come la mancanza di stimolazione, l'abbandono, situazioni di vita stressanti e problemi nella relazione tra genitori e bambino possono essere fattori predisponenti. Malnutrizione secondaria al ripetuto rigurgito può essere associata a un ritardo della crescita e avere un effetto negativo sullo sviluppo e sul potenziale di apprendimento. Alcuni individui con questo disturbo restringono deliberatamente l'assunzione di cibo a causa dell'indesiderabilità sociale del rigurgito. In bambini più grandi, adolescenti e adulti, il funzionamento sociale ha più probabilità di essere influenzato negativamente. La diagnosi differenziale può essere condotta con:

- Condizioni gastrointestinali. Gastroparesi, stenosi del piloro, ernia iattale e sindrome di Sandifer dovrebbero essere escluse attraverso esami fisici e di laboratorio appropriati..
- Anoressia nervosa e bulimia nervosa. A causa delle preoccupazioni circa l'aumento di peso, individui con questi disturbi possono adottare le modalità del rigurgito con conseguente eliminazione del cibo come mezzo per smaltire calorie ingerite.

Comorbilità: il rigurgito associato alla ruminazione può verificarsi nel contesto di una condizione medica concomitante o di un altro disturbo mentale. 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 e giustifica un ulteriore attenzione clinica.

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo

Criteri diagnostici

- A. Un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (es. apparente mancanza di interesse per il 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 crescita discontinua dei 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 sociale culturalmente stabilita.
- C. Il disturbo dell'alimentazione non si verifica esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa 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: se i criteri, precedentemente soddisfatti appieno, non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Tale disturbo sostituisce ed estende la diagnosi del DSM-IV relativa ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dell'infanzia e della prima infanzia. La caratteristica principale è l'evitamento o la restrizione nell'assunzione di cibo (A), manifestati da incapacità clinicamente significativa nel soddisfare i requisiti della nutrizione oppure da un apporto energetico insufficiente attraverso l'assunzione orale di cibo. Devono essere presenti una o più delle caratteristiche principali, come: significativa perdita di peso, deficit nutrizionale, dipendenza dall'alimentazione parenterale o supplementi nutrizionali orali, oppure una marcata interferenza con il funzionamento psicosociale. La decisione relativa alla significatività della perdita di peso è derivata da un giudizio clinico: invece di perdere peso, bambini e adolescenti possono non mantenere il peso o l'aumento dell'altezza lungo la propria traiettoria evolutiva. Anche la decisione relativa alla significatività del deficit nutrizionale si basa sulla valutazione clinica, il relativo impatto sulla salute fisica può essere di gravità simile a quello osservato nell'anoressia nervosa. In casi gravi, la malnutrizione può rappresentare un pericolo per la vita. La dipendenza dall'alimentazione parenterale o simili 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 della crescita, bambini con un disturbo del neurosviluppo e individui che fanno affidamento sull'alimentazione con sondino nasogastrico o su supplementi nutrizionali orali in assenza di una condizione medica sottostante.

L'incapacità di partecipare a normali attività sociali, come mangiare in pubblico, o di sostenere relazioni come risultato del disturbo indica una marcata interferenza con il funzionamento psicosociale. Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo non è correlato alla mancata disponibilità di cibo o a pratiche culturali socialmente accettate come il digiuno, né a normali comportamenti evolutivi come l'essere schizzinosi da bambini (B). Il disturbo non è meglio spiegato da un'eccessiva preoccupazione relativa al peso o alla forma del corpo (C), oppure da concomitanti fattori medici o disturbi mentali (D). In alcuni individui, l'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo possono essere dovuti alle caratteristiche sensoriali delle qualità del cibo, con un'estrema sensibilità ad aspetto, colore, odore, consistenza, temperatura o gusto. Tale comportamento è stato descritto con diversi sinonimi, tra cui: "alimentazione restrittiva", selettiva, schizzinosa, perseverante, "rifiuto cronico del cibo" e "neofobia per il cibo", e può manifestarsi come rifiuto di mangiare particolari marche di cibo o tollerare l'odore di cibo mangiato da altri. L'evitamento o la restrizione 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 il tratto gastrointestinale; vomito ripetuto, ecc. Per tali condizioni sono stati utilizzati termini "disfagia funzionale" e "bolo isterico".

Molte caratteristiche possono essere associate all'evitamento o all'assunzione ridotta di cibo, inclusa una mancanza di interesse per il mangiare, che porta alla perdita di peso o ad una crescita discontinua. Neonati possono mostrarsi troppo assonnati, stressati oppure agitati per essere alimentati; possono non collaborare con il caregiver primario durante l'alimentazione. In bambini più grandi e adolescenti, la restrizione può essere associata a difficoltà emotive più generalizzate, a volte definite come "disturbo emotivo da evitamento del cibo". L'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo, associati all'assunzione insufficiente o a mancanza di interesse per l'alimentazione, si sviluppano più comunemente nell'infanzia e possono persistere in età adulta. Bambini con questo disturbo 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, o aggravarli. Un apporto calorico inadeguato può esacerbare le caratteristiche associate e contribuire ulteriormente alle difficoltà di nutrizione. Quando l'alimentazione e il peso migliorano in risposta ai cambiamenti dei caregiver, viene suggerita una coesistenza di psicopatologia nei genitori, oppure abuso o abbandono infantili. Nei bambini e negli adolescenti, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo può essere associato a un ritardo nella crescita e la conseguente malnutrizione influenzata negativamente lo sviluppo e le potenzialità di apprendimento. Il funzionamento sociale tende ad essere, a sua volta, influenzato negativamente. Indipendentemente dall'età, potrebbe essere influenzato anche il funzionamento familiare, con un aumentato stress al momento dei pasti o in altri contesti di nutrizione che coinvolgono amici e parenti. Tra i fattori di rischio e prognosiabbiamo:

- Fattori temperamental. I disturbi d'ansia, il disturbo dello spettro dell'autismo, il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo da deficit di attenzione e iperattività possono aumentare i rischi di comportamento evitante/restrittivo della nutrizione, caratteristico del disturbo.
- Fattori ambientali. Comprendono l'ansia familiare; maggiori tassi di disturbi dell'alimentazione possono verificarsi in figli di madri con disturbi alimentari.
- Fattori genetici e fisiologici. I caratteristici comportamenti di questo disturbo sono stati associati a una storia di condizioni gastrointestinali, disturbo da reflusso gastroesofageo, vomito e una gamma di altri problemi medici.

Il disturbo non dovrebbe essere diagnosticato quando l'evitamento dell'assunzione di cibo è legato unicamente a specifiche pratiche religiose o culturali. Esso è ugualmente comune nei maschi e nelle femmine nell'infanzia e nella prima infanzia. 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. Limitazioni associate comprendono la compromissione dello sviluppo fisico e difficoltà sociali che possono avere un impatto negativo sul funzionamento familiare.

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. La differenziale può essere effettuata con:

- Altre condizioni mediche. Ad esempio disturbi gastrointestinali, allergie, intolleranze alimentari ecc. La restrizione dell'assunzione di cibo può verificarsi in concomitanza con sintomatologie in corso come vomito, perdita di appetito, nausea, dolori addominali ecc. Una diagnosi di disturbo E/R dell'assunzione di cibo richiede che la restrizione vada oltre quella giustificata da sintomi fisici coerenti con una condizione medica. Comorbilità mentali sottostanti possono complicare la nutrizione. Dato che individui più anziani, pazienti chirurgici e individui sottoposti a chemioterapia perdono spesso l'appetito, una diagnosi aggiuntiva di questo disturbo richiede che esso sia un obiettivo primario di intervento e non uno secondario.
- 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 della funzione orale/esofagea/faringea. Il disturbo E/R dell'assunzione di cibo può essere diagnosticato in individui con tali manifestazioni purché siano soddisfatti tutti criteri.
- Disturbo reattivo dell'attaccamento. Un certo grado di privazione è caratteristico di questo disturbo, e può portare a un'alterazione della relazione tra il bambino e il caregiver, tale da influenzare l'alimentazione. Il disturbo E/R dell'assunzione di cibo dovrebbe essere diagnosticato in concomitanza solo se sono soddisfatti tutti i criteri per entrambi i disturbi.

- Disturbo dello spettro dell'autismo. Individui con questo disturbo presentano spesso comportamenti rigidi di alimentazione e un' aumentata sensibilità sensoriale. Tuttavia, queste caratteristiche non portano sempre al grado di compromissione richiesto per una diagnosi di disturbo E/R dell'assunzione di cibo. La diagnosi in comorbilità viene fatta solo se sono soddisfatti tutti i criteri per entrambi i disturbi.
- 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”, può rappresentare il fattore scatenante primario per la paura, l'ansia o l'evitamento richiesti per la diagnosi. Distinguere i due disturbi può risultare difficile quando la paura di soffocamento o di vomito ha portato all'evitamento del cibo. Nelle situazioni in cui il problema dell'alimentazione diventa obiettivo primario di attenzione clinica, allora la diagnosi appropriata diventa quella di disturbo E/R dell'assunzione di cibo. Il disturbo d'ansia sociale, l'individuo può presentare una paura di essere osservato da altri mentre mangia, e ciò può verificarsi anche nel disturbo E/R 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 AN mostrano anche la paura di aumentare di peso o di diventare grassi oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso. Queste caratteristiche non sono presenti nel disturbo E/R dell'assunzione di cibo, e i due disturbi non dovrebbero essere diagnosticati in concomitanza. La differenziale può essere difficile, specialmente durante la prima adolescenza, perché questi disturbi possono condividere un certo numero di sintomi. La differenziale è potenzialmente difficile anche negli individui con anoressia nervosa che negano qualsiasi paura di ingrassare, ma nonostante ciò mettono in atto 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 del grasso”. È consigliata una piena considerazione dei 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 E/R dell'assunzione di cibo potrebbe precedere l'esordio dell'anoressia nervosa.
- Disturbo ossessivo-compulsivo. Individui con DOC possono mostrare evitamento o restrizione nell'assunzione di cibo in relazione alle preoccupazioni relative al cibo o al comportamento alimentare ritualizzato. Il disturbo E/R dell'assunzione di cibo dovrebbe essere diagnosticato in concomitanza solo se sono soddisfatti tutti criteri per entrambi i disturbi e quando l'alimentazione aberrante è un aspetto maggiore e la manifestazione clinica richiede un intervento specifico.
- Disturbo depressivo maggiore. Nel DDM, 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 diminuisce con la risoluzione dei problemi legati all'umore. Il disturbo E/R 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 alimentare 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 di convinzioni deliranti ed altre manifestazioni associate. Il disturbo E/R dell'assunzione di cibo dovrebbe essere usato in concomitanza solo se sono soddisfatti appieno tutti criteri di entrambi i disturbi, e quando il disturbo alimentare richiede un trattamento specifico.
- Disturbo fittizio o disturbo fittizio provocato ad altri. Il disturbo E/R dell'assunzione di cibo dovrebbe essere differenziato dal disturbo fittizio o dal disturbo fittizio provocato da altri. Al fine di assumere il ruolo di malati, alcuni individui 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, un'incapacità di tollerare una normale gamma di CP e così via. La manifestazione può essere straordinariamente drammatica e coinvolgente. Nel disturbo fittizio provocato ad altri, il caregiver descrive sintomi coerenti con il disturbo E/R dell'assunzione di cibo e può indurre sintomi fisici come il 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, ma essa dovrebbe esser posta sono su una base di una valutazione attenta completa dell'individuo interessato, del caregiver e della loro interazione.

Comorbilità: i disturbi più comunemente in comorbilità con il disturbo E/R dell'assunzione di cibo sono i disturbi d'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi del neurosviluppo.

Anoressia nervosa

Criteri diagnostici

- Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alla 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.
- 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.
- 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.

Specificare quale:

- Tipo con restrizioni: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione. In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.
- Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione.

Specificare se:

- In remissione parziale: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il criterio A non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il criterio B che il criterio C risultano 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) oppure, per bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC. I range derivano dalle categorie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la magrezza negli adulti. Per bambini e adolescenti, dovrebbero essere utilizzati i percentili dell'IMC corrispondenti.

- Lieve: $IMC \geq 17\text{kg/m}^2$
- Moderata: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

- Grave: IMC 15-15,99 kg/m²
- Estrema: IMC < 15 kg/m²

La maggior parte degli individui con anoressia nervosa adotta 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 notare un crossover dei 2 sottotipi.

168

Vi sono tre caratteristiche diagnostiche essenziali dell'anoressia nervosa:

1. persistente restrizione nell'assunzione di calorie;
2. intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso;
3. 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 soddisfa frequentemente questo criterio in seguito a una significativo dimagrimento, ma in bambini e adolescenti può esserci alternativamente l'incapacità di raggiungere il peso previsto o mantenere una traiettoria di sviluppo normale per l'età.

Il criterio A richiede che il peso dell'individuo sia significativamente basso; la valutazione di tale indice può essere difficile, perché il range di peso normale differisce tra gli individui. Sono state dunque pubblicate diverse soglie per definire la magrezza o la condizione di sottopeso. L'indice di massa corporea 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 dall'OMS come limite inferiore del peso corporeo normale. 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. In sintesi, nello stabilire se il criterio A soddisfatto, il clinico dovrebbe considerare le linee guida numeriche disponibili, ma anche la costituzione 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 diventare grassi (criterio B). Questa intensa paura non è solitamente alleviata dalla perdita di peso. Anzi, la preoccupazione può crescere, anche se peso diminuisce. Individui più giovani possono non riconoscere o non accettare la paura dell'aumento di peso. La percezione e il significato attribuito al peso e alla forma del corpo sono distorti in questi individui (criterio C). Alcuni si sentono globalmente sovrappeso. Altri ammettono di essere magri, ma sono ancora convinti che alcune parti del corpo, come l'addome, i glutei e le cosce, siano "troppo grasse". Possono adottare le tecniche più disparate per valutare dimensioni e peso corporeo, compreso il pesarsi di continuo, misurare ossessivamente parti del corpo e utilizzare continuamente lo specchio per controllare le zone percepite come "grasse". I livelli di autostima sono altamente influenzati dalla percezione della forma e del peso. La perdita di peso viene spesso considerata come una conquista raggardevole e segno di straordinaria autodisciplina, mentre l'aumento di peso viene percepito come un'inaccettabile mancanza di autocontrollo. L'individuo generalmente viene condotto all'attenzione clinica dai familiari, quando si verifica un forte dimagrimento. 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 mancano di consapevolezza, oppure negano il problema.

Il semidigiuno e la condotte di eliminazione possono portare a condizioni mediche significative e potenzialmente pericolose per la vita. La compromissione nutrizionale influenza la maggior parte dei principali sistemi organici e può causare una varietà di disturbi. Sono comuni amenorrea e anomalie dei parametri vitali. Alcuni disturbi fisiologici spesso non sono completamente reversibili, come la perdita di densità minerale ossea. Comportamenti come il vomito autoindotto e l'uso improprio di lassativi, diuretici ecc. possono causare disturbi che portano a risultati di laboratorio anomali. Quando sono gravemente sottopeso molti presentano segni e sintomi depressivi, come ritiro sociale, irritabilità, insonnia e diminuito interesse sessuale. Poiché queste caratteristiche sono riscontrate anche in individui senza anoressia ma significativamente denutriti, molti aspetti depressivi possono essere secondari rispetto alle conseguenze fisiologiche del semidigiuno. Spesso sono presenti evidenti manifestazioni ossessivo-compulsive, correlate o meno al cibo. Alcuni, ad es., collezionano ricette o ammazzano cibarie. Lo studio dei comportamenti associati ad altre forme di digiuno suggerisce come ossessioni e compulsioni correlate al cibo possono essere esacerbate dalla denutrizione. Quando individui con anoressia nervosa mostrano ossessioni e compulsioni non correlate al cibo, alla forma o al peso del corpo, allora può essere giustificata una diagnosi aggiuntiva di disturbo ossessivo-compulsivo.

Alcune caratteristiche talora associate all'anoressia nervosa comprendono preoccupazioni di mangiare in pubblico, sentimenti di inadeguatezza, un forte desiderio di tenere sotto controllo l'ambiente circostante, rigidità mentale, ridotta spontaneità sociale ed espressività emotiva 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 ed altre sostanze. Un sottogruppo mostra livelli eccessivi di attività fisica. Aumenti nell'attività fisica precedono spesso l'esordio del disturbo e, lungo il decorso, l'aumentata attività accelera la perdita di peso. Inoltre può esservi un utilizzo dei farmaci improprio, ad esempio manipolando il dosaggio al fine di ottenere una perdita di peso. Individui con diabete mellito possono aumentare o ridurre le dosi di insulina al fine di minimizzare il metabolismo dei carboidrati. La prevalenza, tra individui giovani di sesso femminile, è approssimativamente dello 0,4%. Poco si sa sulla prevalenza tra i maschi, ma è meno comune, con una popolazione clinica che riflette un rapporto femmina-maschio di 10:1. L'anoressia nervosa inizia comunemente durante l'adolescenza o in prima età adulta; raramente inizia nella pubertà o dopo i 40 anni, ma sono stati descritti casi di esordio sia precoce che tardivo. L'esordio è spesso associato ad un evento stressante (es. un trasloco). Il decorso e la remissione sono estremamente variabili. Individui più giovani possono mostrare caratteristiche atipiche, compreso il negare la paura del grasso. Molti individui presentano un periodo di comportamento alimentare modificato prima che i criteri per il disturbo siano soddisfatti appieno. Alcuni individui guariscono completamente dopo un singolo episodio. Altri ancora incontrano un decorso cronico nel corso degli anni. Può essere anche richiesto il ricovero ospedaliero per recuperare il peso perduto e affrontare le complicazioni mediche. La maggior parte degli individui con anoressia nervosa va incontro a remissione entro 5 anni dalla manifestazione.

Il tasso grezzo di mortalità per l'anoressia nervosa è di circa il 5% in un decennio. Si verifica più comunemente per complicazioni mediche associate al disturbo, o in seguito a suicidio.

Tra i fattori di rischio/prognosi abbiamo:

- Fattori temperamentalni. Individui che sviluppano disturbi d'ansia o mostrano tratti ossessivi nell'infanzia sono esposti a maggior rischio.
- Fattori ambientali. La variabilità storica e culturale nella prevalenza dell'anoressia nervosa supporta la sua associazione con culture e ambienti in cui la magrezza è considerata un valore. Professioni che incoraggiano la magrezza, come il lavoro di modella e l'atletica ai massimi livelli, sono associate ad un maggior rischio.

- Fattori genetici e fisiologici. È presente un maggior rischio di anoressia e bulimia nervosa tra parenti biologici di primo grado di individui con il disturbo.

L'anoressia nervosa si presenta in popolazioni culturalmente e socialmente diverse, ed è maggiormente prevalente nei paesi ad alto reddito.

Le seguenti anomalie nei dati di laboratorio possono essere osservate nell'anoressia nervosa; la loro presenza può aumentare l'affidabilità diagnostica.

170

- Ematici: la leucopenia è comune, con evidente leucocitosi. Possono verificarsi lieve anemia e trombocitopenia.
- 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. Il vomito autoindotto può condurre ad alcalosi metabolica, mentre l'abuso di lassativi può causare una lieve acidosi metabolica.
- Endocrini: i livelli ematici di T4 sono in genere ai limiti inferiori della norma, i livelli di T3 sono ridotti e quelli di T3 inversa sono elevati. Sono frequentemente presenti basse concentrazioni di estrogeni nelle femmine e di testosterone nei maschi.
- ECG: anomalie diffuse, a causa dell'alterazione dell'equilibrio elettrolitico.
- Dispendio energetico a riposo: significativamente ridotto.
- Segni e sintomi fisici: molti sono attribuibili al digiuno. L'amenorrea è spesso presente e sembra essere un indicatore di disfunzione fisiologica che solitamente è una conseguenza della perdita di peso. Il menarca, nelle femmine in età puberale, può essere ritardato. Oltre all' amenorrea, individui con AN possono lamentare stipsi, dolori addominali, intolleranza al freddo, letargia o eccesso di energia. La più notevole evidenza obiettiva è l'emaciazione. Comunemente sono presenti ipotensione, ipotermia e bradicardia. Alcuni sviluppano lanugo, una fine e soffice peluria. Altri mostrano edemi periferici. Come in individui con bulimia nervosa, individui con AN che si inducono il vomito possono mostrare ipertrofia delle ghiandole salivari ed erosione dello smalto dentale. Alcuni possono presentare cicatrici sul dorso delle mani, provocate dallo sfregamento contro l'arcata dentaria, nel tentativo di provocare il vomito.

Il rischio di suicidio è elevato, con tassi riportati a 12 su 100.000 per anno. Questi individui possono mostrare una gamma di limitazioni funzionali associate al disturbo. Mentre alcuni restano attivi nel funzionamento sociale e professionale, altri dimostrano un significativo isolamento e un mancato raggiungimento del potenziale scolastico o del successo professionale. Nella diagnosi differenziale è necessario prendere in considerazione altre cause potenzialmente responsabili di un peso corporeo significativamente basso.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Condizioni mediche (ipertiroidismo, carcinomi occulti, 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 ecc.
- Disturbo depressivo maggiore. Nel DDM si può verificare una grave perdita di peso, ma non il desiderio eccessivo di perdere peso o l'intensa paura di ingrassare.
- Schizofrenia. Possono manifestarsi bizzarri comportamenti alimentari e talora una significativa perdita di peso, ma raramente mostrano la paura di ingrassare e la distorsione dell'immagine corporea tipica dell' AN.

- Disturbi da uso di sostanze. Possono esperire perdita di peso dovuta a scarso apporto nutrizionale, ma in genere non hanno paura di ingrassare e non manifestano distorsione dell'immagine corporea. Dovrebbero essere valutati con attenzione gli individui che abusano di sostanze che riducono l'appetito e che manifestano paura dell'aumento di peso, per la possibilità di AN in comorbilità, dato che l'uso di sostanze può rappresentare uno di quei comportamenti persistenti che interferiscono con l'aumento di peso (livello B).
- Disturbo d'ansia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo di dismorfismo corporeo. Alcune caratteristiche dell'anoressia nervosa possono soddisfare parte dei criteri per questi disturbi. Nello specifico, gli individui possono sentirsi in imbarazzo e a disagio nel mangiare in pubblico; possono manifestare ossessioni e compulsioni rispetto al cibo, oppure preoccupazioni eccessive riguardanti un difetto immaginario dell'aspetto fisico. Se individui con AN hanno paure sociali limitate al comportamento alimentare, la diagnosi di fobia sociale non dovrebbe essere posta, ma paure sociali non correlate al comportamento alimentare possono invece 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, mentre una diagnosi aggiuntiva di dismorfismo corporeo dovrebbe essere considerata solo la distorsione non è correlata alla forma e le dimensioni del corpo (es. preoccupazioni di avere un naso troppo grosso).
- Bulimia nervosa. Questi individui mostrano ricorrenti episodi di abbuffata, seguiti da inappropriate condotte atte ad evitare l'aumento di peso e presentano eccessive preoccupazioni per la forma e il peso corporeo. Contrariamente agli individui con AN, individui con bulimia nervosa riescono tuttavia mantenere un peso maggiore o uguale a quello minimo normale.
- Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo. Questi individui possono mostrare una significativa perdita di peso e carenze nutrizionali, ma non la paura di ingrassare, né uno squilibrio nella percezione del proprio corpo.

Comorbilità: il disturbo bipolare, depressivo e disturbi d'ansia si verificano comunemente in concomitanza con l'anoressia nervosa. Anche il DOC è descritto in alcuni individui con AN, specialmente nel tipo restrittivo. Disturbi da uso di alcol e altre sostanze possono essere presenti in comorbilità con AN, specialmente nel tipo con abbuffate/condotte di eliminazione.

Bulimia nervosa

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 (es. 2h), 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.
- 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 compensate inappropriate si verificano entrambe in media almeno 1 volta la settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma del 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, 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, nessun criterio è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale: il livello minimo si basa sulla frequenza di condotte compensatorie inappropriate.

172

- Lieve: 1-3 episodi a settimana.
- Moderata: 4-7 episodi a settimana.
- Grave: 8-13 episodi a settimana.
- Estrema: 14 o più episodi a settimana.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Ci sono tre caratteristiche essenziali della bulimia nervosa:

1. ricorrenti episodi di abbuffate (criterio A),
2. ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso (criterio B),
3. 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 1 volta la settimana per almeno 3 mesi (criterio C). Un episodio di abbuffata è definito come l'ingestione, in un determinato periodo di tempo (ad es. 2h), di una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe in tempo e circostanze simili (A1). Il contesto in cui l'episodio avviene è necessario al clinico per valutare se l'assunzione di cibo è da considerare eccessiva. Ad esempio, una quantità di cibo che può essere eccessiva per un pasto in un giorno feriale, può risultare normale durante una festività.

Con “*determinato periodo di tempo*” si intende un periodo, in genere, minore di 2h. L'episodio di abbuffata non deve necessariamente avvenire nello stesso contesto: un individuo può iniziare ad abbuffarsi al ristorante e continuare a casa. Non viene 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 (A2). Un indicatore 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. In ogni caso, le abbuffate possono anche essere pianificate. Il tipo di cibo assunto varia; ciò che caratterizza la abbuffate è soprattutto l'anomalia nella quantità del cibo consumato, piuttosto che il desiderio incontrollato di un alimento specifico. Tuttavia, durante la abbuffate gli individui tendono a mangiare cibi che avrebbero altrimenti evitato.

Questi individui tipicamente si vergognano dei loro problemi con l'alimentazione e tentano di nascondere i loro sintomi. Le abbuffate avvengono in solitudine e continuano finché l'individuo non si sente dolorosamente pieno. L'antecedente più comune è un'emozione negativa: altri fattori scatenanti comprendono condizioni interpersonali stressanti, noia, restrizione dietetica, sentimenti negativi correlati al peso e alla forma del corpo, ecc. La abbuffate possono minimizzare o attenuare i fattori che hanno scatenato l'episodio nel breve termine, ma l'autosvalutazione e la disforia sono spesso tra le conseguenze. Un'altra caratteristica essenziale è il frequente ricorso a condotte compensatorie inappropriate per prevenire l'aumento di peso, denominate “condotte di eliminazione” (B).

Molti individui con bulimia nervosa mettono in atto diversi metodi tesi a compensare le abbuffate. Vomitare è il più comune. Gli effetti immediati comprendono la riduzione della sensazione di malessere fisico, oltre che della paura di aumentare di peso. In alcuni casi il vomito diventa l'obiettivo in sé, e l'individuo si abbuffa per poter poi vomitare. Gli individui possono adottare diversi metodi per indursi il vomito, compreso l'uso delle dita o di altri strumenti per stimolare il riflesso faringeo. In genere diventano esperti, e riescono a vomitare a comando. Altre condotte di eliminazione comprendono l'uso inappropriato di lassativi e diuretici. Questi individui possono inoltre digiunare per uno o più giorni o ricorrere all'attività fisica eccessiva per prevenire l'aumento di peso; ripongono un'enfasi esagerata sulla forma e sul peso del corpo nella valutazione di sé, e questi fattori sono di estrema importanza nella determinazione dei livelli di autostima (D). Individui con bulimia nervosa possono essere sovrapponibili a individui con anoressia nervosa: nella loro paura di aumentare di peso, nel desiderio di perderlo e nel livello di insoddisfazione per il proprio corpo. Tuttavia, non è giustificata la diagnosi di bulimia se il disturbo si verifica esclusivamente nel corso di episodi di anoressia (E).

Gli individui con bulimia nervosa tipicamente sono nei limiti di peso normale, avendo un IMC $\geq 18,5$ e <30 negli adulti. Raramente questi pazienti sono obesi in quanto solitamente tra un'abbuffata e l'altra riducono il consumo calorico complessivo, preferendo cibi dietetici ed evitando alimenti che, secondo loro, possono far ingraffare o scatenare un'abbuffata.

Tra le donne, sono spesso presenti irregolarità del ciclo mestruale o amenorrea. Complicanze potenzialmente fatali comprendono lacerazioni esofagee, rottura gastrica e aritmie cardiache. Talvolta le alterazioni dell'equilibrio elettrolitico conseguenti al frequente ricorso a condotte di espulsione sono così serie da costituire un grave problema medico. Sono stati riferite gravi miopatie cardiache e scheletriche in seguito all'uso frequente di *sciroppe di ipecacuana* per indurre il vomito. Chi abusa cronicamente di lassativi può inoltre diventare dipendente dal loro uso, per stimolare i movimenti intestinali. Fra gli individui con questo disturbo, è stato riportato anche il prolacco rettale. La prevalenza tra gli individui giovani di sesso femminile è dell'1,5%; il disturbo è molto più comune delle femmine che nei maschi, in un rapporto di circa 10:1.

La BN di solito esordisce in adolescenza o nella prima età adulta; l'esordio prima della pubertà o dopo i quarant'anni è raro. Le abbuffate iniziano, in genere, durante o dopo un periodo di restrizioni dietetiche. Anche molteplici eventi stressanti possono precipitare l'esordio della BN. Il tasso grezzo di mortalità è circa il 2% per decennio. Il crossover diagnostico da BN a AN si verifica nel 10-15% dei casi.

Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo:

- Fattori temperamental: preoccupazioni relative al peso, bassa autostima, sintomi depressivi, disturbo d'ansia sociale sono associati a un maggior rischio.
- Fattori ambientali: l'internalizzazione di un'ideale di corpo magro aumenta il rischio per lo sviluppo di BN.
- Fattori genetici e fisiologici: l'obesità infantile e la precoce maturazione puberale aumentano il rischio di BN.
- Modificatori del ricorso: la gravità della comorbilità con malattie psichiatriche predice un esito peggiore della BN.

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 più frequenti sono: ipopotassiemia, ipocloremia, iponatriemia. La perdita di succo gastrico acido attraverso il vomito può produrre alcalosi metabolica, mentre l'abuso di lassativi e diuretici per indurre diarrea o disidratazione può causare acidosi metabolica. L'ispezione della bocca può rivelare una significativa e permanente perdita dello

smalto dentale. Questi denti si presentano scheggiati e sembrano intaccati e tarlati. In alcuni individui, le ghiandole salivari possono ingrossarsi notevolmente.

Il rischio di suicidio è elevato. Un'indagine completa dovrebbe comprendere la valutazione dell'ideazione e dei comportamenti suicidi. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Anoressia nervosa con abbuffate/condotte di eliminazione. Quando la condotta caratterizzata da abbuffate si verifica solo durante gli episodi di anoressia, è giustificata la diagnosi di AN, tipo con abbuffate/condotte di eliminazione, e non dovrebbe esser posta diagnosi aggiuntiva di BN.
- Disturbo da binge eating. Alcuni individui si abbuffano, ma non adottano condotte compensatorie inappropriate.
- Sindrome di Kleine-Levin. In alcuni disturbi neurologici è presente una condotta alimentare alterata, ma mancano le caratteristiche psicologiche, come l'eccessiva preoccupazione per la forma e il peso corporeo.
- Disturbo depressivo maggiore con caratteristiche atipiche. L'iperfagia è comune nel DDM con caratteristiche atipiche, ma questi individui non adottano condotte compensatorie inappropriate né mostrano eccessiva preoccupazione per la forma e il peso corporei.
- Disturbo borderline di personalità. Se risultano soddisfatti appieno i criteri per entrambi disturbi, dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi.

Comorbilità: La maggior parte degli individui con BN presenta almeno un altro disturbo mentale. Ad esempio, vi è un'aumentata frequenza di sintomatologia depressiva e disturbi bipolar. In molti individui, il disturbo dell'umore comincia contemporaneamente, oppure in seguito, allo sviluppo della BN. Può esserci, inoltre, un'aumentata frequenza di sintomatologia ansiosa, oppure disturbi d'ansia. La prevalenza, nell'arco di vita, dell'uso di sostanze come alcol o stimolanti è di almeno il 30% tra gli individui con BN. L'uso di queste sostanze inizia spesso nel tentativo di controllare l'appetito e il peso. Una percentuale consistente di pazienti con BN mostra anche caratteristiche che soddisfano i criteri per uno o più disturbi di personalità, specialmente per il disturbo borderline.

Disturbo da binge-eating

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 (es. 2 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 (es. di non riuscire a smettere di mangiare).
- 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, gli episodi si verificano con minor frequenza per un consistente periodo di tempo.
- In remissione completa: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

175

Specificare la gravità attuale: il livello minimo si basa sulla frequenza degli episodi di abbuffata.

- Lieve: da 1 a 3 episodi a settimana.
- Moderata: da 4 a 7 episodi a settimana.
- Grave: da 8 a 13 episodi a settimana.
- Estrema: 14 o più episodi a settimana.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica principale del disturbo da binge eating sono i ricorrenti episodi di abbuffata, che devono verificarsi almeno una volta la 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 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. Con "determinato periodo di tempo" si fa riferimento a un periodo in genere inferiore alle 2 ore. 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). Un indicatore della perdita di controllo è l'incapacità di trattenersi dal mangiare o di smettere di mangiare una volta iniziato. Alcuni descrivono un senso di estraniamento, durante o dopo gli episodi. In alcuni casi, tuttavia, le abbuffate possono anche essere pianificate. Il *tipo* di cibo assunto varia da individuo a individuo; ciò che sembra caratterizzare le abbuffate è soprattutto un'anomalia nella *quantità* di cibo introdotto. Gli episodi 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'imbarazzo per quanto si sta mangiando
- sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio (criterio B).

Individui con questo disturbo tipicamente si vergognano di avere problemi con l'alimentazione e tentano di nascondere i loro sintomi. Le abbuffate avvengono quanto più segretamente possibile. L'antecedente più comune 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 attenuare i fattori che hanno scatenato l'episodio nel breve termine, ma l'autosvalutazione e la disforia sono spesso conseguenze nel lungo termine.

Il disturbo si verifica in individui normopeso, sovrappeso e obesi. Esso è probabilmente associato al sovrappeso e all'obesità in individui che richiedono un trattamento. La prevalenza del disturbo in femmine e

maschi è rispettivamente di 1,6% e 0,8%. Esso ha la stessa prevalenza nel sesso maschile e femminile ed è maggiormente prevalente tra gli individui che richiedono un trattamento per la perdita di peso rispetto alla popolazione generale.

Si sa ancora poco sullo sviluppo del disturbo da BE. Nei bambini si verificano sia le abbuffate sia episodi di alimentazione incontrollata senza un eccessivo consumo di cibo, associati a un incremento del grasso corporeo, all'aumento di peso e di sintomi psicologici. In molti individui con questo disturbo, il mettersi a dieta *segue* le abbuffate. Questo è in contrasto con la bulimia nervosa, in cui la dieta *precede* le abbuffate. Il BE inizia tipicamente negli adolescenti, ma può manifestarsi anche in tarda età adulta. Il disturbo sembra essere relativamente persistente, paragonabile a quello della BN in termini di gravità e durata. Più raro il crossover con gli altri disturbi dell'alimentazione.

Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo fattori genetici e fisiologici, in quanto il disturbo sembra essere più ricorrente all'interno dei nuclei familiari, il che suggerisce influenze genetiche. Esso 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 mortalità medica, sviluppo di obesità.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Bulimia nervosa. Il BE ha in comune con la BN le ricorrenti abbuffate, ma differisce per alcuni aspetti fondamentali. Ad esempio, le condotte compensatorie osservate nella BN sono assenti nel disturbo da BE. Al contrario degli individui con BN, gli individui con BE tipicamente non mostrano una marcata o sostenuta restrizione dietetica tra un'abbuffata e l'altra. Possono riferire, tuttavia, frequenti tentativi di seguire una dieta. I due disturbi differiscono inoltre anche in termini di risposta al trattamento: i tassi di miglioramento sono decisamente maggiori negli individui con BE.
- Obesità. Benché siano associati, i livelli di sopravvalutazione del peso e della forma del corpo sono maggiori in individui obesi con tali disturbo che in quelli senza il disturbo. Inoltre, i tassi di comorbilità psichiatrica sono significativamente maggiori tra individui obesi con il disturbo, confrontati con quelli senza il disturbo. Infine, l'esito positivo a lungo termine di trattamenti psicologici per il disturbo da BE 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 le caratteristiche atipiche del disturbo depressivo e disturbo bipolare. Un aumento di assunzione di cibo nel contesto di un episodio depressivo maggiore può essere associato o meno alla perdita di controllo. Se vengono soddisfatti appieno i criteri per entrambi disturbi, è possibile porre 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 disturbi, dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi.

Comorbilità: il disturbo da BE è associato a significative comorbilità psichiatriche. I più comuni sono i disturbi bipolar, depressivi, d'ansia e da uso di sostanze.

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione o 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 suddetta. Questa categoria viene utilizzata dal clinico quando sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando questa dicitura comprendono:

- Anoressia nervosa atipica: sono soddisfatti tutti i criteri, salvo che il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità.
- Bulimia nervosa a bassa frequenza o di durata limitata: le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
- Disturbo da binge eating a bassa frequenza o di durata limitata: le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
- Disturbo da condotta di eliminazione: ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (es. uso improprio di lassativi), in assenza di abbuffate.
- 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. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da BE o altri, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico o all'effetto di farmaci.

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione di 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 suddetta. Questa categoria viene utilizzata dal clinico quando sceglie di non comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per poter porre una diagnosi più specifica.

Disturbi dell'evacuazione

Questi disturbi implicano l'evacuazione inappropriata di urine o fuci e sono solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia o nell'adolescenza. Questo gruppo di disturbi comprende l'**enuresi** e l'**encopresi**. Vengono proposti sottotipi per differenziare l'emissione notturna da quella diurna nell'enuresi e per differenziare la presenza o l'assenza di costipazione o incontinenza da sovrariempimento nell'encopresi. Sebbene esistano requisiti di età minima per la diagnosi di questi disturbi, essi sono basati sull'età di sviluppo e non solo su quella cronologica.

178

Enuresi

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 di livello di sviluppo equivalente.
- D. Il comportamento non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Specificare quale:

- notturna
- diurna
- notturna e diurna.

Il sottotipo solo notturno, spesso definito *enuresi monosintomatica*, è il più comune e implica incontinenza durante il sonno, tipicamente durante il primo terzo della notte. Il sottotipo diurno si verifica in assenza di enuresi notturna e può essere definito *incontinenza urinaria*. Individui con incontinenza allo stimolo hanno improvvisi sintomi di stimolo, mentre gli individui con posposizione dello svuotamento rinviano consapevolmente gli stimoli a urinare, fino al momento dell'incontinenza. Il sottotipo notturno e diurno è anche conosciuto come *enuresi nonmonosintomatica*.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale 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 deve avvenire almeno 2 volte la settimana per almeno 3 mesi consecutivi, o deve causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento (criterio B). L'individuo deve avere raggiunto un'età in cui il controllo della minzione è previsto (criterio C). L'incontinenza non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (es. farmaco diuretico) o altra condizione medica (es. spina bifida) (criterio D). Durante l'enuresi notturna, occasionalmente l'emissione avviene nella fase del sonno REM, e il bambino può ricordare un sogno che comportava l'atto di urinare. Durante l'enuresi diurna il bambino rinvia l'emissione fino all'incontinenza, talvolta a causa di una riluttanza nell'uso del bagno conseguente ad ansia sociale. Il momento dell'enuresi si verifica più comunemente nel primo pomeriggio, durante i giorni di scuola. La prevalenza è di circa il 5-10% tra i bambini di 5 anni, 3-5% tra quelli di 10, 1% tra gli individui di oltre 15 anni. Vi sono due tipi di decorso:

uno primario, in cui l'individuo non ha *mai raggiunto la continenza urinaria*, e uno secondario, in cui l'anomalia si sviluppa *dopo* che, per un periodo, è stata raggiunta la continenza urinaria. Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo:

- Fattori ambientali, predisponenti all'enuresi, tra 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. L'ereditarietà è stata evidenziata da studi sulle famiglie.

L'enuresi notturna è più comune nei maschi, mentre l'incontinenza diurna nelle femmine. L'entità della compromissione associata all'enuresi è una funzione della limitazione dell'attività sociale del bambino o del suo effetto sull'autostima, del grado di ostracismo sociale che riceve dai coetanei e della rabbia, delle punizioni e del rifiuto da parte dei caregiver. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Vescica neurologica o altra condizione medica, ad esempio un'infezione acuta del tratto urinario. Comunque, le due diagnosi possono essere compresenti.
- Effetti collaterali da farmaci. L'enuresi può verificarsi durante il trattamento con farmaci antipsicotici, diuretici o altri farmaci che possono provocare incontinenza. Tuttavia, una diagnosi di enuresi può essere posta se l'incontinenza urinaria era già presente prima del trattamento farmacologico.

Comorbilità: sebbene la maggior parte dei bambini con enuresi non abbia un disturbo mentale in comorbilità, la prevalenza dei sintomi comportamentali è più elevata. In una parte dei bambini con enuresi sono anche presenti ritardo nello sviluppo, nell'apprendimento e nelle abilità motorie. Anche le infezioni del tratto urinario sono più comuni nei bambini con enuresi, specie nel sottotipo diurno.

Encopresi

Criteri diagnostici

- A. Ripetuta emissione di feci i luoghi inappropriate, sia involontaria sia intenzionale.
- B. Tale evento si verifica almeno una 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 o a un'altra condizione medica, se non attraverso un meccanismo che comporti costipazione.

Specificare quale:

- con costipazione e incontinenza da sovrariempimento
- senza costipazione e incontinenza da sovrariempimento.

Nel primo sottotipo, le feci sono tipicamente poco formate e la fuoriuscita può variare da poco frequente a continua e si verifica prevalentemente durante il giorno. Soltanto una parte viene evacuata durante i tentativi di defecazione intenzionale, e l'incontinenza si risolve dopo il trattamento della costipazione. Nel secondo sottotipo, le feci sono solitamente di forma e consistenza normale. L'individuo si sporca in maniera intermittente e le feci possono essere depositate in un luogo significativo. Questo è solitamente associato alla presenza di un disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta, oppure può essere la conseguenza di masturbazione anale.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale dell'encopresi è la ripetuta emissione di fuci in luoghi inappropriati (A). Più spesso è involontaria, ma occasionalmente può essere intenzionale. L'evento deve verificarsi almeno una volta al mese per almeno 3 mesi (B) e l'età cronologica del bambino deve essere almeno di 4 anni (C). L'incontinenza fecale non deve essere esclusivamente attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (es. lassativi) o di un'altra condizione medica (D), se non attraverso un meccanismo che comporti costipazione. Quando l'emissione è involontaria è spesso correlata a costipazione, intasamento e ritenzione, con successiva incontinenza. La costipazione può svilupparsi per motivi psicologici che portano all'evitamento della defecazione. La predisposizione fisiologica alla costipazione comprende spinte inefficaci di defecazione, che comportano una contrazione piuttosto di un rilasciamento dello sfintere esterno o del pavimento pelvico durante lo sforzo. Una volta che si è sviluppata, la costipazione può essere complicata da ragadi anali, defecazione dolorosa e ritenzione. Il bambino con encopresi spesso si vergogna e può desiderare di evitare situazioni che possono metterlo in imbarazzo (es. gite scolastiche). 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 può essere deliberato o accidentale, e risultare dal tentativo del bambino di pulire o nascondere fuci evacuate involontariamente. Quando l'incontinenza è deliberata, possono essere presenti anche le caratteristiche del disturbo oppositivo provocatorio o del disturbo della condotta. Molti bambini hanno anche problemi di enuresi. È stato stimato che circa l'1% dei bambini di 5 anni ne soffre, e che il disturbo è più comune nei maschi. Un'educazione all'utilizzo dei servizi igienici inadeguata e contraddittoria e fattori di stress, come la nascita di un fratello o l'inizio della scuola, possono essere fattori predisponenti. Sono stati descritti due tipi di decorso: uno primario, in cui il bambino non ha mai raggiunto la continenza, e uno secondario, in cui il disturbo si sviluppa dopo un periodo di raggiunta continenza. Il disturbo può persistere per anni. Tra i fattori di rischio citiamo quelli genetici e fisiologici; ad esempio, la defecazione dolorosa può condurre alla costipazione e l'uso di alcuni farmaci può aggravarla. In aggiunta all'esame obiettivo, tecniche di imaging gastrointestinale possono fornire informazioni per individuare fuci e gas nel colon. Esami aggiuntivi possono essere usati per escludere altre condizioni mediche. Per quanto riguarda la diagnosi differenziale, una diagnosi di encopresi in presenza di un'altra condizione medica è appropriata solo se il meccanismo implica una costipazione che non può essere spiegata da altre condizioni mediche. L'incontinenza associata ad altre condizioni mediche non dovrebbe giustificare una diagnosi di encopresi secondo il DSM-5.

Comorbilità: infezioni del tratto urinario possono presentarsi in comorbilità 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, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dell'evacuazione. Questa categoria viene utilizzata nelle situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui quella 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 (es. "enuresi a bassa frequenza").

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, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dell'evacuazione. Questa categoria viene utilizzata nelle situazioni in cui il clinico sceglie di *non* comunicare la ragione specifica per cui quella manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo dell'evacuazione, e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per poter porre una diagnosi più specifica.

Disturbi del sonno – veglia

182

La classificazione comprende 10 disturbi o gruppi:

- disturbo da insomnìa
- 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
- 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 i disturbi. La nosologia dei disturbi del sonno del DSM-5 utilizza un approccio semplice che riflette i progressi della ricerca scientifica emersi dopo il DSM-IV.

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 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.

La diagnosi differenziale 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 inoltre un indicatore clinicamente utile di condizioni mediche e neurologiche che spesso coesistono con la depressione e altri disturbi mentali. Per queste ragioni, i disturbi del sonno sono inclusi nel DSM-5. L'approccio utilizzato per classificare questi disturbi può essere compreso all'interno del contesto "aggregazione vs. separazione"; il DSM-IV li aveva aggregati 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. Ambedue i manuali erano stati progettati per gli specialisti dei rispettivi settori. Il peso delle evidenze scientifiche supporta caratteristiche di efficacia superiore di approcci più semplici e meno differenziati alla diagnosi dei disturbi del sonno-veglia.

Disturbo da insomnìa

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 alla 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 (es. narcolessia).
- G. L'insonnia non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (di abuso o farmacologica).
- H. Disturbi mentali e condizioni mediche coesistenti non spiegano adeguatamente il disturbo predominante di insomnìa.

Specificare se:

- Comorbilità con un disturbo mentale non correlato al sonno
- Comorbilità con un'altra condizione medica
- Comorbilità con un altro disturbo del sonno

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 dovrebbe essere codificata come "disturbo da insomnìa con altra specificazione". La diagnosi viene assegnata se il disturbo si manifesta come una condizione indipendente o in comorbilità con un altro disturbo mentale, una condizione medica o un altro disturbo del sonno. Se persistente, può anche rappresentare un fattore di rischio per depressione, ed è un sintomo residuale comune. In presenza di comorbilità con altro disturbo mentale, vanno trattati entrambi e non è necessario stabilire un rapporto causale tra le due condizioni. Piuttosto, la diagnosi di disturbo da insomnìa è posta specificando le concomitanti condizioni cliniche in comorbilità. Una diagnosi di insomnìa concomitante dev'essere posta solo se tanto grave da giustificare un'attenzione clinica.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del disturbo da insomnìa è l'insoddisfazione riguardo la quantità e la qualità del sonno, che si traduce in una difficoltà a iniziare o mantenere il sonno. Tali disturbi si accompagnano a un disagio clinicamente significativo o a una compromissione di 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, oppure indipendentemente. L'insonnia *iniziale* comporta difficoltà a prendere sonno al momento di coricarsi. L'insonnia *centrale* comporta risvegli frequenti o protracti nel corso della notte. L'insonnia *tardiva* comporta il risveglio mattutino precoce con incapacità di riaddormentarsi. Una combinazione di questi sintomi è, in genere, la manifestazione più comune. I sintomi della difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno possono essere quantificati da resoconti compilati dai pazienti, da diari del sonno o da altri metodi quali la polisonnografia, ma la diagnosi è basata sulla percezione soggettiva del

sonno dell'individuo. Una qualità scadente del sonno, che non lascia l'individuo riposo al momento del risveglio, è una lamentela comune, che di solito si presenta associata alla difficoltà a iniziare o mantenere il sonno. Quando la lamentela di sonno ristoratore si manifesta in modo isolato, ma vengono soddisfatti tutti gli altri criteri diagnostici, viene posta una diagnosi di "disturbo da insomния con altra specificazione" o "senza specificazione". Sono inoltre utili alcuni criteri aggiuntivi per poter quantificare la gravità dell'insonnia. Ad esempio, la difficoltà di addormentamento è definita come una latenza di sonno soggettiva maggiore di 30 minuti, e la difficoltà nel mantenere il sonno è definita come un tempo di veglia soggettiva, successivo all'inizio del sonno, maggiore di 30 minuti. Il risveglio precoce al mattino si considera come 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 importante tenere conto anche dell'ora in cui ci si è coricati: 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. Il disturbo da insomnia implica compromissioni diurne, così come difficoltà del sonno notturno. Le compromissioni diurne comprendono astenia o sonnolenza diurna. Una compromissione delle prestazioni cognitive può comprendere difficoltà di attenzione, concentrazione e memoria. Sono tipicamente descritte anche alterazioni dell'umore associate, quali irritabilità, umore labile e sintomi depressivi o ansiosi.

L'insonnia è spesso associata a fattori di condizionamento che interferiscono con il sonno. Ad esempio, una preoccupazione legata al sonno e il disagio dovuto ad esso possono contribuire allo sviluppo di un circolo vizioso in cui più l'individuo si sforza di dormire, più compromette il sonno. Gli individui con questo disturbo possono anche acquisire abitudini e convinzioni sul sonno inadeguate durante il decorso: ad es. paura di non avere sonno, controllo dell'ora ecc. Impegnarsi in tale attività in un ambiente in cui l'individuo ha passato frequentemente notti insonni può aggravare ulteriormente la reattività condizionata, perpetuando le difficoltà di addormentarsi. Al contrario, l'individuo può addormentarsi più facilmente quando non cerca di farlo. L'insonnia può essere aggravata da una varietà di sintomi diurni, tra cui facile affaticamento, astenia e alterazioni dell'umore. Inoltre, questi individui spesso richiedono maggiore sforzo per mantenere una prestazione cognitiva. Circa un 1/3 degli adulti riferisce sintomi di insomnia, che nel 15% dei casi si associano a compromissioni diurne. L'insonnia è un disturbo più diffuso fra le femmine, con un rapporto di genere intorno all'1,44:1. Inoltre, il 40-50% degli individui con insomnia manifesta anche una comorbilità con un altro disturbo mentale.

L'esordio può verificarsi in ogni momento della vita, ma accade meno di frequente in infanzia o nell'adolescenza. 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 repentinamente degli orari del sonno o dell'ambiente. Di solito si risolve una volta scomparso l'evento precipitante. Per alcuni individui, l'insonnia può però persistere a lungo anche dopo l'evento scatenante. I fattori che precipitano l'insonnia possono essere diversi da quelli che la perpetuano. Risvegli condizionati possono persistere oltre il periodo di convalescenza, portando a insomnia persistente. Un percorso simile può svilupparsi nel contesto di uno stress psicologico o di un disturbo mentale. Ad esempio, l'insonnia che si verifica durante un episodio depressivo maggiore può diventare un focus di attenzione, con conseguente condizionamento negativo, e persistere dopo la risoluzione dell'episodio depressivo. Il decorso può anche essere episodico, con episodi ricorrenti di difficoltà del sonno associati al verificarsi di eventi stressanti.

Sono gli adulti di mezza età e gli anziani che si lamentano più spesso di soffrire di insomnia. Le difficoltà possono verificarsi, comunque, anche in bambini e adolescenti. In questo caso, l'insonnia può derivare da fattori di condizionamento o dalla mancanza di orari di sonno costanti e di rituali rilassanti al momento di coricarsi. Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo:

- 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.
- Fattori genetici e fisiologici. Il genere femminile e l'invecchiamento sono associati all'aumento della vulnerabilità all'insonnia. Inoltre, è stata dimostrata una predisposizione familiare.
- Modificatori del decorso. Comprendono una scarsa igiene del sonno, ad esempio uso eccessivo di caffeina, orari irregolari eccetera.

Tra i marker diagnostici citiamo la polisonnografia, che mostra la compromissione della continuità del sonno. Altri esami di laboratorio mostrano evidenze di aumentata arousal corticale; i risultati sono coerenti con l'ipotesi che l'aumento dell'arousal, da un punto di vista fisiologico e cognitivo, giochi un ruolo significativo nel disturbo da insonnia. Questi individui possono apparire affaticati o sofferenti oppure, al contrario, eccitati e "connessi".

Problemi interpersonali, sociali e professionali possono svilupparsi come risultato dell'insonnia o dell'eccessiva preoccupazione per il sonno, dell'aumento del irritabilità durante il giorno e la scarsa concentrazione. Diminuzione dell'attenzione e della concentrazione sono frequenti. Inoltre, l'insonnia predispone al rischio di sviluppare un disturbo depressivo maggiore, ipertensione e infarto miocardico, riduzione della qualità di vita, riduzione della produttività sul lavoro e aumentato onere economico.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Normali variazioni del sonno: la durata normale del sonno varia da individuo a individuo. I brevi dormitori, ad esempio, differiscono dagli individui con disturbo da insonnia per la mancanza di difficoltà nel addormentarsi o nel mantenere il sonno e per l'assenza dei caratteristici sintomi diurni.
- Insomma acuta/situazionale: è una condizione della durata di pochi giorni o settimane, spesso associata a eventi di vita o a variazioni degli orari del sonno. 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 "senza specificazione".
- Tipi "fase di sonno ritardata" e "lavoro con turni del disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia": questi individui riferiscono insomma solo quando cercano di dormire in orari ritenuti socialmente normali, ma non riferiscono difficoltà nell' addormentarsi o mantenere il sonno quando rispettano i propri ritmi circadiani.
- Sindrome delle gambe senza riposo: produce difficoltà a iniziare e mantenere il sonno, caratterizzata dalla necessità di muovere le gambe, caratteristica di questo disturbo.
- 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.
- Narcolessia: pazienti narcolettici possono lamentare insomma. Tuttavia, la narcolessia si distingue dall'insonnia per la predominanza dei sintomi di eccessiva sonnolenza diurna, cataplessia, paralisi del sonno e allucinazioni correlate al sonno.
- Parassonne: sono caratterizzate da eventi o comportamenti inusuali durante il sonno, che possono portare a risvegli intermittenti e a difficoltà nel riaddormentarsi
- Disturbo del sonno indotto da sostanze o farmaci, tipo insomma. È distinto dal disturbo da insonnia per il fatto che una sostanza viene ritenuta eziologicamente correlata all'insonnia.

Comorbilità: diabete, malattia coronarica, artrite, fibromialgia ed altre condizioni di dolore cronico sono spesso in comorbilità. L'insonnia aumenta il rischio di condizioni mediche, e problemi clinici aumentano il rischio di insonnia. Individui con insonnia presentano frequentemente un disturbo mentale in comorbilità, in particolare bipolare, depressivo e disturbi d'ansia. Questi individui possono abusare di farmaci o alcol per aiutare il sonno notturno, ansiolitici per combattere la tensione e caffè 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 a sviluppare un disturbo da uso di sostanze.

186

Disturbo da ipersonnolenza

Criteri diagnostici

- A. Riferita eccessiva sonnolenza 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.
 3. Difficoltà nell'essere completamente svegli in seguito a un risveglio improvviso.
- B. L'ipersonnolenza si manifesta almeno 3 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.
- E. L'ipersonnolenza non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza.
- 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.

Specificare se:

- acuto: durata inferiore a un mese
- subacuto: durata da uno a tre mesi
- persistente: durata di più di tre mesi

Specificare la gravità attuale, in base al grado di difficoltà nel mantenere la vigilanza diurna, come manifestato dai molteplici attacchi di sonnolenza irresistibile.

- Lieve: difficoltà a mantenere la vigilanza diurna 1-2 giorni a settimana
- Moderata: difficoltà a mantenere la vigilanza diurna 3-4 giorni a settimana
- Grave: difficoltà a mantenere la vigilanza diurna 5-7 giorni a settimana

L'ipersonnolenza è un termine diagnostico ampio e comprende sintomi di eccessiva quantità di sonno, veglia di qualità deteriorata e inerzia del sonno (A). Gli individui con questo disturbo si addormentano

rapidamente e hanno una buona efficienza del sonno. Possono avere difficoltà di risveglio al mattino, apparendo a volte confusi, litigiosi. Questa prolungata compromissione della vigilanza è spesso riferita come *inerzia del sonno*, cioè ubriachezza da sonno. Può verificarsi anche al risveglio da un sonnellino diurno. L'individuo appare sveglio, ma vi è un calo dell'abilità motoria, il comportamento può essere inappropriato e possono verificarsi deficit di memoria, disorientamento e intontimento. Questo periodo può durare da alcuni minuti ad alcune ore. Il persistente bisogno di sonno può portare a comportamenti automatici che l'individuo esegue con limitato o nessun ricordo successivo. Per alcuni, il sonno ha una durata di 9 ore o più; tuttavia non è ristoratore, ed è seguito da difficoltà di risveglio al mattino. Per altri individui, il sonno principale dura dalle 6 alle 9 ore, e l'eccessiva sonnolenza è caratterizzata da diversi sonnellini diurni involontari. Essi tendono ad essere lunghi, non riposanti e spesso non comportano un miglioramento della vigilanza. Gli individui avvertono tipicamente una sonnolenza che si sviluppa per un certo periodo di tempo, piuttosto che attacchi di sonno improvvisi. Il sonno non ristoratore, i comportamenti automatici, la difficoltà di risveglio al mattino e l'inerzia del sonno possono presentarsi anche in altre condizioni, compresa la narcolessia. L'80% degli individui con questo disturbo riferisce di avere un sonno non ristoratore e molti hanno difficoltà nel risvegliarsi. Circa il 5-10% degli individui che consulta dei clinici per disturbi del sonno lamentano sonnolenza diurna e ricevono una diagnosi di disturbo da ipersonnolenza. Il disturbo ha un decorso persistente, con una progressiva evoluzione della gravità dei sintomi. Nei casi estremi, gli episodi di sonno possono durare fino a 20 ore. Tuttavia, la durata media del sonno notturno è di circa 9 ore e mezza. Nella maggior parte dei casi il disturbo si manifesta pienamente nella tarda adolescenza o nella prima età adulta. I casi pediatrici sono orari. L'ipersonnolenza ha un decorso progressivo, con sintomi che iniziano tra i 15-25 anni, con una progressione graduale nel corso delle settimane e dei mesi. Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo:

- Fattori ambientali. L'ipersonnolenza può essere aumentata temporaneamente dallo stress psicologico ed all'uso di alcol. Nel 10% dei casi sono state descritte infezioni virali che hanno preceduto o accompagnato il disturbo. L'ipersonnolenza può inoltre comparire entro 6-18 mesi da un trauma cranico.
- Fattori genetici e fisiologici. L'ipersonnolenza può avere un'origine familiare.

La polisonnografia notturna dimostra una durata di sonno da normale a prolungata, latenza del sonno breve, sonno REM normale. L'efficienza del sonno è in genere superiore al 90%. Il basso livello di vigilanza che si verifica quando un individuo si oppone al bisogno di dormire può portare a un'efficienza ridotta, diminuzione della concentrazione e scarsa memoria durante le attività diurne. Il disturbo può portare un significativo disagio e a disfunzioni nel lavoro e nelle relazioni sociali. Il prolungamento del sonno e le difficoltà di risveglio possono interferire con la capacità di far fronte alle attività lavorative. Episodi involontari di sonno diurno possono creare imbarazzo e risultare pericolosi se, ad esempio, l'individuo sta guidando.

La durata normale del sonno varia considerevolmente da individuo a individuo. I *lunghi dormitori*, cioè gli individui che necessitano di una quantità di sonno maggiore della media, non presentano eccessiva sonnolenza, insomnia o comportamento automatico. Il sonno, inoltre, viene percepito come ristoratore. Nel disturbo da ipersonnolenza, invece, i sintomi di eccessiva sonnolenza si verificano indipendentemente dalla durata del sonno notturno.

- Scarsa qualità del sonno e astenia. L'ipersonnolenza dovrebbe essere distinta da un problema di sonno dovuto all'insufficiente quantità o qualità del sonno o all'astenia.
- Disturbi del sonno correlati alla respirazione. Gli individui con ipersonnolenza e disturbi del sonno correlati alla respirazione possono presentare caratteristiche simili di eccessiva sonnolenza.
- Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia. Questi disturbi sono spesso caratterizzati da sonnolenza diurna.

- Parassonne. Raramente producono il sonno notturno indisturbato e prolungato o la sonnolenza diurna caratteristici del disturbo da ipersonnolenza.
- Altri disturbi mentali. Il disturbo da ipersonnolenza dev'essere distinto dai disturbi mentali che comprendono l'ipersonnolenza come caratteristica essenziale o associata. In particolare, sonnolenza diurna può verificarsi in un episodio depressivo maggiore e nella fase depressiva del disturbo bipolare. Prima di considerare una diagnosi è dunque essenziale valutare altri disturbi mentali.

Comorbilità: L'ipersonnolenza può essere associata a disturbi depressivi, bipolari e a un disturbo depressivo maggiore. Molti individui hanno sintomi depressivi che possono soddisfare i criteri per un disturbo depressivo. Individui con ipersonnolenza sono inoltre a rischio di sviluppare disturbi correlati all'uso di sostanze.

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 3 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 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 ipotonìa 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 2 o più periodi di addormentamento in sonno REM.

Specificare se:

- Narcolessia senza cataplessia, ma con carenza di ipocretina.
- Narcolessia con cataplessia, ma senza carenza di ipocretina.
- Atassia cerebellare autosomica dominante, sordità e narcolessia: caratterizzata da insorgenza tardiva della narcolessia, sordità, atassia cerebellare e demenza.
- Narcolessia autosomica dominante, obesità e diabete tipo 2.
- Narcolessia secondaria a un'altra condizione medica, es. sarcoidosi.

Specificare la gravità attuale:

- Lieve, con cataplessia non frequente, bisogno di sonnellini solo 1 o 2 volte al giorno e sonno notturno meno disturbato.
- Moderata, con cataplessia 1 volta al giorno oppure 1 volta in pochi giorni, sonno notturno disturbato e necessità di più sonnellini giornalieri.
- Grave, con cataplessia farmaco-resistente con attacchi multipli giornalieri, sonnolenza quasi costante e sonno notturno disturbato.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

189

Le caratteristiche essenziali della sonnolenza nella narcolessia sono i sonnellini diurni ricorrenti o gli attacchi di sonno. La sonnolenza tipicamente si verifica tutti giorni, e deve verificarsi un minimo di 3 volte alla settimana per almeno 3 mesi (A). La narcolessia generalmente produce cataplessia, che si manifesta come brevi episodi 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, le braccia, le gambe o di tutto il corpo, con conseguenti possibili cadute. 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. In 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. Questo disturbo deriva quasi sempre dalla perdita di cellule ipotalamiche produttrici di ipocretina, probabilmente su base autoimmune. Quando la sonnolenza è grave, possono verificarsi comportamenti automatici in cui l'individuo continua le sue attività in maniera annebbiata, senza memoria o consapevolezza. Nel 20-60% dei casi vi è esperienza di allucinazioni ipnagogiche o ipnopompiche. Anche gli incubi dei sogni vividi sono frequenti. L'obesità è comune e può verificarsi alimentazione notturna. L'interruzione del sonno notturno con ripetuti risvegli brevi o lunghi è frequente e può essere invalidante. 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 l'episodio di cataplessia (che dura circa 10 secondi) troverebbe i riflessi soppressi: un'importante scoperta, che distingue la cataplessia autentica da un disturbo di conversione.

L'esordio avviene tipicamente nei bambini, negli adolescenti e nei giovani adulti, raramente negli anziani. Vi sono due picchi di esordio, uno tra i 15 e 25 anni, l'altro tra i 30 e i 35 anni. Esso può essere brusco o progressivo. La gravità è massima quando l'esordio è brusco nei bambini, e poi diminuisce con l'età o con il trattamento. Una volta comparso il disturbo, il decorso è permanente. Nel 90% dei casi, il primo sintomo a manifestarsi è la sonnolenza o l'aumento del sonno, seguito da cataplessia, nel 50% dei casi entro 1 anno. Sonnolenza, allucinazioni, sogni vividi e disturbo comportamentale del sonno REM (movimenti eccessivi durante la fase REM) sono i primi sintomi. Il sonno eccessivo progredisce rapidamente fino all'incapacità di rimanere svegli durante il giorno e mantenere un buon sonno nella notte.

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.

Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo:

- Fattori temperamentalni. Parsonnie come sonnambulismo, bruxismo, disturbo comportamentale del sonno REM ed enuresi possono essere più comuni negli individui narcolettici.
- Fattori ambientali. Influenza (in particolare il ceppo H1N1) o altre infezioni sono probabilmente fattori scatenanti del processo autoimmune, producendo narcolessia pochi mesi dopo. Traumi cranici

e bruschi cambiamenti di abitudini nel ritmo sonno-veglia possono rappresentare ulteriori fattori scatenanti.

- Fattori genetici e fisiologici. La prevalenza della narcolessia è dell'1-2% tra i parenti di primo grado.

Tra i marker diagnostici, l'imaging suggerisce compromissioni ipotalamiche in risposta a stimoli divertenti. La polisonnografia, inoltre, viene utilizzata per confermare la diagnosi.

La guida e il lavoro sono compromessi, e gli individui con narcolessia dovrebbero evitare occupazioni che possano mettere in pericolo se stessi o altri. Una volta che il disturbo viene trattato terapeuticamente di solito possono guidare, anche se 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 e gli altri. Le relazioni sociali possono risentirne, dal momento che questi individui cercano di prevenire la cataplessia tentando di controllare le proprie emozioni. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altre ipersonnie. Ipersonnolenza e narcolessia sono simili per sonnolenza diurna, età d'esordio e stabilità del decorso nel tempo, ma possono essere distinte da altre caratteristiche. Ad esempio, individui con ipersonnolenza presentano un sonno notturno più lungo e meno disturbato, una maggiore difficoltà al risveglio, una sonnolenza diurna più persistente, episodi di sonno diurno più lunghi e sogni rari o assenti. Al contrario, individui con narcolessia presentano cataplessia e ricorrenti intrusioni di elementi nel sonno REM, ad es. allucinazioni legate al sonno, nella fase tra il sonno e la veglia.
- Deprivazione del sonno e sonno notturno insufficiente. Queste condizioni sono comuni negli adolescenti e nei lavoratori con turni.
- Sindromi da apnee nel sonno. Si manifestano prevalentemente in presenza di obesità. La cataplessia può essere assente.
- Disturbo depressivo maggiore. Narcolessia o ipersonnia possono essere confuse o associate con la depressione, ma la cataplessia non è presente nella depressione.
- Disturbo di conversione. Caratteristiche atipiche, come la cataplessia di lunga durata o fattori scatenanti inusuali, possono essere presenti nel disturbo di conversione. Durante la cataplessia, in questo caso, i riflessi rimangono intatti.
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività o altri problemi comportamentali. Specie nei bambini e negli adolescenti, la sonnolenza può causare problemi comportamentali, tra cui aggressività e disattenzione, che possono portare 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, ma le crisi in questo caso non vengono scatenate da fattori emotivi e, quando lo sono, tali fattori non sono il ridere o scherzare.
- Corea e disturbi del movimento. Nei bambini più piccoli, la cataplessia può essere erroneamente diagnosticata come "corea" o "disturbo neuropsichiatrico pediatrico autoimmune associato a infezione da streptococco".
- Schizofrenia. In presenza di floride e vivide allucinazioni ipnagogiche, gli individui possono pensare che queste esperienze siano reali. Se è presente cataplessia, il clinico dovrebbe 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 un aumento dell'indice di massa corporea (IMC) e all'obesità.

Disturbi del sonno correlati alla respirazione

Questa categoria comprende:

- apnea/ipopnea ostruttiva del sonno
- apnea centrale del sonno
- ipoventilazione correlata al sonno.

191

Apnea/ipopnea ostruttiva del sonno

Criteri diagnostici

A. L'uno 1) o l'altro 2):

1. Evidenze polisonnografiche di almeno 5 apnee e/o ipopnee ostruttive per ora di sonno, e almeno uno dei due seguenti sintomi del sonno:
 - a) Disturbi della respirazione notturna: russamento, sbuffamento/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 <15
- Moderata: indice di apnea/ipopnea tra 15-30
- Grave: indice di apnea/ipopnea >30

La gravità della malattia viene misurata attraverso un conteggio del numero delle apnee più quello delle ipopnee per ora di sonno, utilizzando la polisonnografia o un altro tipo di monitoraggio notturno. La gravità complessiva viene inoltre stabilita in base ai livelli di frammentazione del sonno e dei sintomi associati, nonché della compromissione diurna. Il disturbo è considerato più grave quando apnee e ipopnee sono accompagnate da una significativa desaturazione dell'ossigeno nel sangue o quando il sonno è gravemente frammentato.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

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 durante il sonno. Il termine *apnea* si riferisce alla totale assenza di flusso d'aria, mentre *ipopnea* si riferisce a una riduzione del flusso d'aria. I sintomi fondamentali sono il russare e la sonnolenza diurna. A causa della sequenza dei risvegli notturni che si verificano in questo disturbo, gli individui possono riferire sintomi di insonnia. Inoltre, più del 60% degli individui con questo disturbo soffre di ipertensione arteriosa.

L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno è un disturbo molto comune, che colpisce almeno il 2% dei bambini, il 15% degli adulti di mezza età e più del 20% degli individui anziani. Dal momento che il disturbo è

fortemente associato all'obesità, l'aumento del tasso di obesità è accompagnato in modo sensibile da un aumento della prevalenza di questo disturbo. La prevalenza può essere particolarmente elevata nei maschi.

Il disturbo di solito ha un esordio insidioso, un decorso progressivo e persistente. In genere, il forte russare è presente da molti anni, ma un aumento della sua gravità può portare l'individuo a cercare una valutazione medica. Nei bambini più piccoli i segni del disturbo possono essere più subdoli, rendendo la diagnosi più difficile. Possono verificarsi, ad es., risvegli agitati e insolite posture nel sonno; 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 e problemi comportamentali, come impulsività e iperattività. Nei bambini piccoli, l'obesità è un fattore di rischio meno comune, mentre possono essere presenti crescita ritardata e deficit di sviluppo. Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo fattori genetici e fisiologici. I principali fattori di rischio per il disturbo sono l'obesità e il genere maschile, una storia familiare positiva di apnee nel sonno, menopausa e alcune sindromi endocrine. I maschi hanno un maggior rischio di sviluppare questo disturbo, probabilmente per effetto dell'influenza degli ormoni sessuali sul controllo ventilatorio e sulla distribuzione del grasso corporeo. Farmaci per i disturbi mentali e condizioni mediche possono peggiorare il decorso dei sintomi. L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno ha una forte base genetica. La prevalenza è circa 2 volte superiore tra i parenti di primo grado.

Tra i 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. Più del 50% degli individui con questo disturbo riferisce sintomi di sonnolenza diurna. A causa di ciò, è stato documentato un rischio raddoppiato di infortuni sul lavoro, e incidenti stradali 7 volte più frequenti.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Russamento primario e altri disturbi del sonno. Gli individui con apnea/ipopnea ostruttiva del sonno possono riferire, oltre al russamento, anche rantoli e annaspamenti notturni. Gli studi polisonnografici chiariscono la diagnosi. Inoltre, il disturbo va differenziato da altri disturbi del sonno come ipersonnia, narcolessia e disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia.
- Disturbo da insomния. Vi è assenza di russamento e mancano storia, segni e sintomi caratteristici del disturbo di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno.
- Attacchi di panico. Quelli notturni possono comprendere sintomi di respiro affannoso o soffocamento, 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.
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Questo disturbo può comprendere sintomi di disattenzione, compromissione scolastica e iperattività. La presenza di altri segni di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno nell'infanzia dovrebbe orientare la diagnosi verso quest'ultima.
- Insomnia indotta da sostanze, farmaci o ipersonnia. L'uso di sostanze e l'astinenza può produrre insomnia o ipersonnia. Una storia accurata è di solito sufficiente per identificare la sostanza o il farmaco rilevante.

Comorbilità: ipertensione sistemica, malattia coronarica, insufficienza cardiaca, ictus, diabete e aumento della mortalità sono fortemente associati a questo disturbo. Circa 1/3 degli individui con questo disturbo riferisce sintomi di depressione.

Apnea centrale del sonno

Criteri diagnostici

- A. Evidenze polisonnografiche di 5 o più apnee centrali per ora di sonno.
- B. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro concomitante disturbo del sonno.

Specificare quale:

193

- Apnea centrale idiopatica del sonno, caratterizzata da ripetuti episodi di apnea e ipopnea durante il sonno, ma senza evidenti ostruzioni delle vie aeree.
- Respiro di Cheyne-Stokes, caratterizzato da una variazione del volume respiratorio con una frequenza di almeno 5 episodi per ora, accompagnati da risvegli.
- Apnea centrale del sonno in comorbilità con l'uso di oppiacei.

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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

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. L'apnea centrale idiopatica del sonno è caratterizzata da sonnolenza, insomma e risvegli dovuti a dispnea in associazione a 5 o più apnee centrali per ora di sonno. L'apnea centrale del sonno che si verifica in persone con insufficienza cardiaca, renale o ictus si manifesta con un tipo di respirazione peculiare, chiamata "respiro di Cheyne-Stokes", caratterizzato da un pattern di variazioni periodiche in un crescendo e decrescendo del volume respiratorio. Alterazioni del controllo della respirazione possono verificarsi in associazione all'uso di farmaci o di sostanze utilizzate da individui con disturbi mentali, che possono causare o esacerbare compromissioni del ritmo e della ventilazione respiratoria. 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. Gli individui con apnee/ipopnee centrali del sonno possono manifestare sonnolenza o insomma. Posso lamentare inoltre la frammentazione del sonno, compresi risvegli con dispnea.

Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo fattori genetici e fisiologici; l'esordio del respiro di Cheyne-Stokes appare legato allo sviluppo di insufficienza cardiaca e in associazione con ictus ed insufficienza renale. L'apnea centrale del sonno è osservata negli individui che assumono oppiacei ad azione prolungata. I marker diagnostici presentano riscontri obiettivi e evidenze fisiche, e la polisonnografia viene utilizzata per definire le caratteristiche di respirazione di ogni sottotipo di disturbo del sonno correlato alla respirazione.

L'apnea centrale idiopatica del sonno è stata riferita come causa di sintomi di sonno interrotto, tra cui insomma e sonnolenza. Il respiro di Cheyne-Stokes in comorbilità con l'insufficienza cardiaca è stato associato a eccessiva sonnolenza, astenia e insomma. Gli individui con apnea centrale del sonno in comorbilità con l'uso di oppiacei possono manifestare a loro volta sintomi di sonnolenza o di insomma. L'apnea centrale idiopatica del sonno deve essere distinta da altri disturbi del sonno correlati alla respirazione, condizioni mediche o da disturbi mentali che causano frammentazione del sonno, sonnolenza e astenia. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- 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 5 apnee centrali

per ora di sonno. Il respiro di Cheyne-Stokes può essere distinto da altri disturbi mentali sulla base del caratteristico pattern di respirazione. L'apnea centrale del sonno in comorbilità con l'uso di oppiacei può essere differenziata da altri tipi di disturbi del sonno in base all'uso dei farmaci in combinazione con evidenze polisonnografiche.

Comorbilità: I disturbi da apnea centrale del sonno sono presenti con frequenza nei consumatori di oppiacei ad azione prolungata, come il metadone. Il respiro di Cheyne-Stokes è più comunemente osservato in associazione a condizioni che comprendono insufficienza cardiaca, ictus e insufficienza renale.

194

Ipoventilazione correlata al sonno

Criteri diagnostici

- A. La polisonnografia mostra la presenza di episodi di diminuita respirazione associati a livelli elevati di CO₂.
- B. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro concomitante disturbo del sonno.

Specificare se:

- Ipoventilazione idiopatica: questo sottotipo non è attribuibile a nessun'altra condizione facilmente identificata.
- Ipoventilazione alveolare centrale congenita: si presenta tipicamente negli individui nel periodo perinatale, con cianosi e apnea durante il sonno.
- Ipoventilazione correlata al sonno in comorbilità: questo sottotipo si verifica come conseguenza di una condizione medica come un disturbo polmonare, un disturbo neuromuscolare o da farmaci. Si verifica anche con l'obesità. Tali individui generalmente sono caratterizzati da indice di massa corporea superiore a 30.

Specificare la gravità attuale, classificata in base al grado di ipossia e ipercapnia presenti durante il sonno e in base alle evidenze di compromissione d'organo causate da queste anomalie.

Per quanto riguarda la sindrome obesità-ipoventilazione, la prevalenza sta crescendo in relazione all'aumento dei casi di obesità.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

L'ipoventilazione correlata al sonno può verificarsi indipendentemente o in comorbilità con disturbi internistici o neurologici, con uso di farmaci o con il disturbo da uso di sostanze. Gli individui spesso riferiscono eccessiva sonnolenza diurna, arousal frequenti e risvegli durante il sonno, cefalee mattutine. Gli individui con ipoventilazione correlata al sonno possono lamentare insomnia o sonnolenza. Durante il sonno, possono essere osservati episodi di respiro superficiale e possono coesistere apnea/ipopnea ostruttiva del sonno o apnea centrale del sonno. Possono manifestarsi conseguenze che includono ipertensione polmonare, cuore polmonare, disfunzioni neurocognitive. L'ipoventilazione può non essere presente durante la veglia.

L'ipoventilazione idiopatica è molto rara negli adulti; il disturbo in comorbilità è più comune. La prevalenza è maggiore nei maschi e con l'aumentare dell'età. È ritenuto un disturbo di compromissione respiratoria lentamente progressivo. Quando si verifica in comorbilità con altri disturbi, la gravità della malattia riflette la gravità della condizione sottostante e il disturbo progredisce al peggiorare di tale condizione.

L'ipoventilazione alveolare centrale congenita di solito si manifesta alla nascita con respiro superficiale, irregolare o assente. Questi bambini hanno più probabilità di presentare disturbi del sistema nervoso autonomo. Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo:

- Fattori ambientali, es. in individui che assumono benzodiazepine, oppiacei, alcol.
- Fattori genetici e fisiologici, laddove sono presenti sottostanti deficit al livello dei centri che regolano il controllo della ventilazione. Più comunemente, il disturbo si manifesta in comorbilità con un'altra condizione medica, o con l'uso di farmaci.

Tra i marker diagnostici abbiamo la polisonnografia, che consente di rilevare ipossia e ipercapnia. Le conseguenze dell'ipoventilazione correlata al sonno sono correlate agli effetti dell'esposizione cronica all'ipossia e ipercapnia. Queste alterazioni dei gas ematici causano vasocostrizione del circolo polmonare che porta all'ipertensione polmonare, la quale può esitare in insufficienza cardiaca destra (cuore polmonare). L'ipossia può portare alla disfunzione di organi come il cervello, il sangue e il cuore, causando disfunzioni cognitive e aritmie cardiache. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altre condizioni mediche che influenzano la ventilazione. Negli adulti, la varietà idiopatica di ipoventilazione correlata al sonno è molto rara, e determinata dall'esclusione della presenza di malattie o farmaci che influenzano la ventilazione. L'ipoventilazione correlata al sonno deve essere distinta da altre cause di ipossia correlata al sonno.
- 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 sulla base di caratteristiche cliniche ed evidenze polisonnografiche.

Comorbilità: l'ipoventilazione correlata al sonno si verifica spesso in associazione con un disturbo polmonare, una malattia neuromuscolare o della parete toracica, oppure con l'uso di farmaci. La BPCO, un disturbo da ostruzione delle vie aeree inferiori di solito associata al fumo di sigaretta, può causare ipoventilazione correlata al sonno e ipossia. In alcuni individui, l'ipoventilazione idiopatica correlata al sonno può rappresentare un caso di ipoventilazione alveolare centrale congenita con esordio tardivo.

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 entrambe.
- C. L'alterazione del sonno causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito cognitivo, sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se :

- Tipo fase di sonno ritardata: un pattern di esordio del sonno e orari del risveglio ritardati, con incapacità di iniziare e terminare il sonno ad un orario desiderato precedente o convenzionalmente accettabile. Specificare se *Familiare*, se è presente una familiarità per la fase di sonno ritardata. La fase del sonno ritardata può sovrapporsi ad un altro disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia.

- Tipo fase di sonno anticipata: un pattern di esordio del sonno e orario di risvegli anticipati, con incapacità di rimanere svegli o addormentati fino al momento desiderato successivo o convenzionalmente accettabile. Specificare se *Familiare*.
- Tipo ritmo sonno-veglia irregolare: i tempi dei periodi di sonno e veglia sono variabili durante tutto il corso delle 24 ore.
- Tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore: un pattern di cicli di sonno e veglia non sincronizzato con le ventiquattr'ore ambientali.
- Tipo lavoro con turni: insomnia durante il periodo principale di sonno e sonnolenza durante il periodo principale di veglia, associati all'orario dei turni di lavoro.

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 2 o più episodi nell'arco di 1 anno.

Tipo fase di sonno ritardata

Questo tipo si basa fondamentalmente su una storia di ritardo dei tempi del principale periodo di sonno in relazione al tempo desiderato di sonno e risveglio, con conseguenti sintomi di insomния e sonnolenza eccessiva. Quando possono impostare i propri orari, gli individui con questo disturbo mostrano qualità e durata del sonno normali. Dominano i sintomi di insomnia iniziale, difficoltà a svegliarsi al mattino ed eccessiva sonnolenza mattutina. Caratteristiche comuni associate comprendono una storia di disturbi mentali o un disturbo mentale concomitante. Insomnia psicofisiologica può svilupparsi come conseguenza di comportamenti disadattati, che compromettono il sonno e aumentano l'arousal, a causa di ripetuti tentativi di addormentarsi ad un orario più precoce. La prevalenza nella popolazione è di circa lo 0,17%, ma sembra essere superiore al 7% negli adolescenti. Il decorso dura più di 3 mesi. Anche se l'età di esordio è variabile, i sintomi iniziano nell'adolescenza e persistono per diversi mesi o anni prima che venga posto la diagnosi. La gravità può ridursi con l'età. L'esacerbazione è solitamente scatenata da un cambiamento nell'orario di lavoro o scolastico, che richiede di svegliarsi presto. I cambiamenti ormonali adolescenziali possono essere coinvolti in modo specifico. Nella forma *Familiare*, il decorso il persistente potrebbe non migliorare in modo significativo con l'età. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo 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. Fattori genetici possono svolgere un ruolo nella patogenesi delle forme ereditarie. Per quanto riguarda i marker diagnostici, la conferma della diagnosi comprende una storia completa e l'uso di un diario del sonno e dell'actigrafia, cioè un rilevatore del movimento da polso che rileva l'attività motoria per periodi prolungati e che può essere utilizzato come documentazione dei pattern sonno-veglia per almeno 7 giorni. L'eccessiva sonnolenza mattutina è dominante; è inoltre comune un'estrema difficoltà nel risveglio, con inerzia da sonno. La gravità varia notevolmente e dipende in gran parte dalle esigenze lavorative e sociali dell'individuo.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- 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.
- Altri disturbi del sonno. Il disturbo da insomnia e gli altri disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia dovrebbero essere compresi nella diagnosi differenziale.

Comorbilità: il disturbo è fortemente associato a depressione, disturbi di personalità e disturbo da sintomi somatici o disturbo d'ansia di malattia. In aggiunta, la comorbilità con i disturbi del sonno, disturbi bipolare e depressivo e disturbi d'ansia, può esacerbare i sintomi dell'insonnia e della sonnolenza. Il tipo fase di sonno ritardata può sovrapporsi a un altro disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia.

Tipo fase di sonno anticipata

197

Questo tipo può essere documentato con lo specificatore "familiare". Mutazioni specifiche dimostrano una modalità di trasmissione autosomica dominante. È caratterizzato da tempi del sonno-veglia che sono in anticipo di diverse ore rispetto al momento desiderato o convenzionale. L'esordio dei sintomi può verificarsi precocemente, il decorso è persistente e la gravità dei sintomi può aumentare con l'età. 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 questo tipo di disturbo manifestano una qualità e una durata del sonno normali per l'età. Questi individui 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 due-quattro 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 depravazione di sonno ed a sonnolenza diurna. L'uso di ipnotici o di alcol per combattere l'insonnia e di stimolanti per ridurre la sonnolenza diurna può portare questi individui all'abuso di sostanze.

La prevalenza stimata è circa dell'1% negli adulti di mezza età. I ritmi circadiani si anticipano negli individui più anziani. L'esordio avviene di solito in età adulta avanzata. Il decorso perdura più di 3 mesi, ma la gravità può aumentare in base agli orari lavorativi e sociali. L'espressione clinica può variare nel corso della vita, in base agli impegni sociali e lavorativi. Gli individui che possono variare i propri orari di lavoro per adattare il tempo circadiano anticipato di sonno e veglia possono andare incontro a remissione. Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo:

- 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.
- Fattori genetici e fisiologici. Il tipo fase di sonno anticipata ha una modalità di trasmissione autosomica dominante.

È inoltre importante sapere che gli afro-americani 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.

Tra i marker diagnostici, un diario del sonno e l'actigrafia possono essere usati per monitorare il disturbo.

Un'eccessiva sonnolenza associata alla 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 e l'uso di sedativi per contrastare il risveglio precoce possono aumentare il potenziale rischio di abuso di sostanze. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- 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 inoltre particolare attenzione nell'escludere altri disturbi del sonno-veglia.
- 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 esistere in concomitanza con il tipo fase di sonno anticipata.

Tipo ritmo sonno-veglia irregolare

La diagnosi si basa 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 24h.

Gli individui con questo tipo di disturbo presentano tipicamente insonnia o eccessiva sonnolenza, a seconda del momento. I periodi di sonno e veglia nelle 24h 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 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. Questo tipo è più comunemente associato a disturbi neurodegenerativi, come il disturbo neurocognitivo maggiore e molti disturbi del neurosviluppo nei bambini.

La prevalenza è sconosciuta; il decorso è persistente. L'età di esordio è variabile, ma più comune negli anziani. Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo:

- Fattori temperamental: disturbi neurodegenerativi, es. Alzheimer, Parkinson e Huntington e disturbi del neurosviluppo nei bambini aumentano il rischio di questo disturbo.
- Fattori ambientali: ridotta esposizione alla luce e attività diurna programmata possono essere associate a un ritmo circadiano di bassa ampiezza.

Tra i marker diagnostici, un diario del sonno o l'actigrafia aiutano a confermare il quadro.

La mancanza di periodi di sonno e veglia principali conduce a insonnia o 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. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- 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.
- Altre condizioni mediche e disturbi mentali: dovrebbero essere considerate altre cause di sonnolenza diurna e insonnia, 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 intellettuale 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-sveglia diverso dalle 24 ore

La diagnosi si basa 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.

Il tipo ritmo sonno-sveglia diverso dalle 24h 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. La prevalenza non è chiara, ma il disturbo sembra raro negli individui normovedenti. In individui non vedenti, la prevalenza è stimata intorno al 50%.

Il decorso è persistente, con remissione intermittente e riaccutizzazioni dovute al mutamento degli orari di lavoro e degli impegni sociali nel corso della vita. L'età di esordio è variabile, dipendendo dall'esordio della compromissione visiva. In individui normovedenti può svilupparsi in adolescenza o nella prima età adulta.

La remissione e la ricaduta dei sintomi 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. Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo:

- 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, fattori comportamentali in combinazione con tendenze fisiologiche possono precipitare e perpetuare il disturbo.
- Fattori genetici e fisiologici: la cecità è un fattore di rischio per il tipo ritmo sonno-veglia diverso dalle 24 ore. Anche il trauma cranico è stato associato a questo disturbo.

Tra i marker diagnostici, il diario del sonno e l'actigrafia condotta per un periodo prolungato confermano la diagnosi. Sintomi di insonnia, di eccessiva sonnolenza, o di entrambe sono rilevanti. L'imprevedibilità dei tempi di sonno e veglia comporta l'impossibilità di frequentare la scuola o di mantenere un lavoro stabile e può aumentare il rischio di isolamento sociale. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- 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 quest'ultimo disturbo possono mostrare un simile ritardo progressivo del periodo di sonno per diversi giorni.
- Sturbi depressivi sintomi depressivi e disturbi depressivi possono comportare sintomi simili e analoga disregolazione circadiana.

Tipo lavoro con turni

La diagnosi si basa principalmente su una storia lavorativa individuale regolarmente impostata su orari di lavoro al di fuori della normale finestra diurna 8-18, soprattutto di notte. Sono rilevanti i 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. Solitamente, quando l'individuo ritorna a una routine giornaliera di lavoro, i sintomi regrediscono. Sebbene l'eziologia sia diversa, individui che viaggiano frequentemente attraverso molti fusi orari possono provare effetti simili. La prevalenza è poco chiara, ma è stato stimato che disturbo colpisce il 5-10% della popolazione che lavora di notte. Il tipo lavoro con turni può manifestarsi in persone di qualunque età, ma prevale negli individui di età superiore ai 50 anni e tipicamente peggiora con il passare del tempo. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: i fattori predisponenti comprendono una disposizione di tipo mattutino, un bisogno di molte ore di sonno per sentirsi riposati e forti bisogni sociali e domestici concorrenti. Gli individui che sono in grado di mantenere uno stile di vita notturno sembrano meno esposti al rischio di presentare un disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia tipo lavoro con turni.
- Fattori genetici e fisiologici: poiché i lavoratori con turni notturni hanno più probabilità di essere obesi, può essere presente una apnea ostruttiva del sonno, che può esacerbare i sintomi.

Tra i marker diagnostici, una storia e il diario del sonno o l'actigrafia possono essere utili ai fini della diagnosi. Questi individui non solo possono presentare scarse prestazioni lavorative, ma mostrano anche di essere a rischio di incidenti sia sul lavoro sia alla guida. Possono anche essere a rischio di salute mentale e fisica, ed hanno problemi interpersonali. Gli individui con una storia di disturbo bipolare sono particolarmente vulnerabili a episodi di mania correlati al tipo di lavoro con turni, come conseguenza delle mancate notti di sonno. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- variazioni normative nel sonno con tipo lavoro con turni: la diagnosi di tipo lavoro con turni, in contrapposizione alle normali difficoltà proprie del lavoro con turni, dipende in qualche misura dalla gravità dei sintomi e 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 normale attività giornaliera per diverse settimane consecutive, suggerisce la presenza di altri disturbi del sonno.

Comorbilità: il tipo lavoro con turni è stato associato a un aumentato disturbo da uso di alcol, urbi da uso di altre sostanze e depressione. Diversi disturbi fisici sono stati trovati in associazione con l'esposizione prolungata al lavoro con turni.

Parassonne

Sono disturbi caratterizzati da esperienze e comportamenti anomali o da eventi fisiologici che si verificano in associazione al sonno; il sonno e la veglia non sono mutuamente escludentisi, e il sonno non è necessariamente un fenomeno globale che coinvolge l'intero cervello.

Disturbi dell'arousal del sonno non-REM

201

Criteri diagnostici

- A. Episodi ricorrenti di risvegli incompleti del 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 sogni di arousal del sistema nervoso autonomo, come midriasi, tachicardia, tachipnea e sudorazione durante ciascun episodio. E' presente una relativa mancanza di risposta agli sforzi compiuti da altri per confortare l'individuo durante tali episodi.
- B. Nessuna o poche immagini oniriche vengono riferite.
- C. E' 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.
- F. I disturbi mentali e medici coesistenti non spiegano gli episodi di sonnambulismo o di terrori nel sonno.

Specificare quale

1. Tipo sonnambulismo, con:
 - alimentazione correlata al sonno
 - comportamento sessuale correlato al sonno (*sexsomnia*)
2. Tipo terrore nel sonno.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

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. Durante l'evento, gli occhi sono tipicamente aperti. 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 (A1). Gli episodi di sonnambulismo cominciano in qualsiasi fase del sonno non-REM, più comunemente durante il sonno a onde lente. 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 sveglierlo. Se svegliato durante l'episodio, o al risveglio il mattino dopo, l'individuo ha un ricordo limitato dell'episodio. Può esservi, 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 terori nel sonno è il ripetuto verificarsi di bruschi risvegli, che cominciano di solito con delle grida di panico o con un pianto (A2). Gli episodi sono accompagnati da un imponente arousal del sistema nervoso autonomo e da manifestazioni di intensa paura. Durante l'episodio, è difficile svegliare o rassicurare l'individuo. Se si sveglia, non ricorda alcun sogno, o singole immagini frammentarie. Durante un tipico episodio, l'individuo si mette a sedere in modo brusco sul letto gridando, o in preda al panico/pianto, con una espressione terrorizzata e segni di ansia intensa (tachicardia, tachipnea, sudorazione...). L'individuo può essere inconsolabile. I terori nel sonno vengono chiamati anche "terori notturni" o "pavor nocturnus".

Gli episodi di sonnambulismo possono comprendere un'ampia varietà di comportamenti. 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. Può usare il bagno, mangiare e conversare o impegnarsi in comportamenti più complessi. Tuttavia, sono stati registrati casi di apertura di porte con la chiave e di messa in funzione di automobili. Il sonnambulismo può anche comprendere comportamenti inappropriati, come urinare in un armadio o in un cestino. La maggior parte degli episodi dura da diversi minuti a mezz'ora. Le lesioni dolorose subite durante il sonnambulismo possono non essere percepite fino al risveglio successivo all'episodio. Vi sono poi due forme specifiche di sonnambulismo: *alimentazione correlata al sonno* e *comportamento sessuale correlato al sonno*. Nel primo caso, gli individui fanno esperienza di episodi indesiderati e ricorrenti di comportamento alimentare, che vanno dalla mancanza di consapevolezza all'incapacità di astenersi dal mangiare. Nel secondo caso (sexsomnia), si verificano vari gradi di attività sessuale senza consapevolezza cosciente. Nel corso di un tipico episodio di terrore nel sonno, invece, vi è spesso un senso di paura opprimente, con la compulsione a fuggire.

Per quanto riguarda la 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. La prevalenza tra gli adulti è del 7-10%. Questi disturbi si verificano più comunemente durante l'infanzia e la loro frequenza diminuisce nell'età adulta. Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo:

- Fattori ambientali. L'uso di sedativi, la depravazione di sonno, le alterazioni del ritmo sonno-veglia, l'astenia e lo stress fisico o emozionale aumentano la probabilità di episodi.
- Fattori genetici e fisiologici. Fino all'80% degli individui con sonnambulismo possono presentare una storia familiare di sonnambulismo o di terri del sonno.

Un'attività violenta o sessuale durante gli episodi di sonnambulismo è più probabile che si verifichi negli adulti. L'alimentazione notturna è più frequente nelle femmine. I bambini più grandi e gli adulti forniscono una ricostruzione più dettagliata delle immagini spaventose associate ai terri del sonno rispetto ai bambini più piccoli, che presentano di solito amnesia completa e riferiscono soltanto un vago senso di paura.

Per quanto riguarda i marker diagnostici la polisonnografia, con l'ausilio di un monitoraggio audiovisivo, può essere usata per documentare episodi di sonnambulismo. Gli arousal sono inoltre associati a una notevole attività del sistema nervoso autonomo, con frequenza cardiaca raddoppiata o triplicata. In assenza però della documentazione di un evento durante uno studio formale del sonno, non vi sono indicatori attendibili della tendenza a sperimentare terri notturni.

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. In questo senso, infatti, l'imbarazzo riguardante gli episodi può compromettere le relazioni sociali, causando isolamento o difficoltà lavorative.

Negli individui con alimentazione correlata al sonno possono presentarsi problemi quali il controllo del diabete, aumento del peso, lesioni o conseguenze derivanti dal mangiare sostanze non commestibili, pericolose o tossiche.

203

Tali disturbi possono inoltre generare, anche se raramente, comportamenti violenti o nocivi con implicazioni medico-legali. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo da incubi. A differenza degli individui con disturbi dell'arousal del sonno non-REM, individui con disturbo da incubi si svegliano facilmente e completamente, riferendo sogni vividi.
- Disturbi del sonno correlati alla respirazione. I disturbi della respirazione durante il sonno possono anche produrre risvegli confusionali con conseguente amnesia, ma sono caratterizzati dai tipici sintomi di russamento, pause respiratorie e sonnolenza diurna.
- Disturbo comportamentale del sonno REM. Esso è caratterizzato da episodi di movimenti complessi e rilevanti che spesso comportano lesioni personali, che avvengono però durante il sonno REM.
- Sindrome da sovrapposizione di parassonnie. Questa sindrome è caratterizzata dalle caratteristiche cliniche 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 possono sembrare molto simili a questa classe di disturbi, ma tendono ad avere una natura più stereotipata, si verificano più volte per notte e più spesso durante sonnellini diurni.
- Blackout indotti dall'alcol. Essi possono essere associati a comportamenti estremamente complessi, in assenza di altri indizi di intossicazione.
- Amnesia dissociativa, con fuga dissociativa. Può essere estremamente difficile distinguerla dal sonnambulismo. È di solito presente una storia di ricorrenti abusi fisici o sessuali nell'infanzia.
- Simulazione o altri comportamenti volontari che si verificano durante la veglia.
- Disturbo di panico. Gli attacchi di panico possono anche causare bruschi risvegli dal sonno non-REM accompagnati da paura, ma 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. Benzodiazepine, sedativi-ipnotici, oppiacei, cocaina, antipsicotici ecc. possono indurre comportamenti simili a quelli dei disturbi dell'arousal del sonno non-REM. In questi casi si dovrebbe fare diagnosi di disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci, tipo parassonnia.
- Sindrome da alimentazione notturna. In questo caso vi è un ritardo del ritmo circadiano di assunzione del cibo e un'associazione con insomnia e/o depressione.

Comorbilità: negli adulti, vi è un'associazione tra il sonnambulismo ed episodi di disturbo depressivo maggiore e disturbo ossessivo-compulsivo.

Disturbo da incubi

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.
- E. Disturbi mentali e medici coesistenti non spiegano adeguatamente l'esperienza dominante di sogni disforici.

Specificare se *durante l'esordio del sonno*

204

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

Specificare se:

- acuto (almeno 1 mese)
- subacuto (>1, <6 mesi)
- persistente (6 mesi o più)

Specificare la gravità attuale:

- lieve (-1 episodio/ settimana)
- moderata (1 o più episodi/settimana)
- grave (ogni notte)

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Gli incubi sono lunghe ed elaborate sequenze di immagini oniriche simili a storie che sembrano reali e che inducono ansia, paura o altri emozioni disforiche. Il contenuto degli incubi è tipicamente focalizzato su tentativi di evitare o fronteggiare un pericolo imminente, ma può implicare temi che evocano emozioni negative. Incubi che si verificano dopo esperienze traumatiche possono replicare la situazione minacciosa. Al risveglio, sono ancora vividi e possono essere descritti nei dettagli. Essi insorgono quasi esclusivamente durante il sonno REM, quando l'attività onirica è più lunga e intensa. Fattori che aumentano l'intensità REM d'inizio notte, come la frammentazione o la depravazione di sonno, il jet lag o i farmaci sensibili sul sonno REM, potrebbero facilitare l'insorgenza di incubi in una fase più precoce della notte.

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 contribuire alle difficoltà nel riaddormentarsi.

Gli incubi possono essere caratterizzati da un lieve arousal del sistema nervoso autonomo. Gli individui che ne soffrono hanno un rischio maggiore di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio. 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. Tra gli adulti, la prevalenza di coloro che hanno incubi almeno una volta al mese è del 6%. 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. Essi compaiono con maggiore probabilità nei bambini esposti a fattori di stress psicosociale. In una minoranza, gli incubi persistono nell'età adulta, diventando un disturbo che può durare per tutta la vita. Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo:

- Fattori temperamentali. Gli individui che soffrono di incubi riferiscono più frequentemente eventi avversi nel passato e spesso mostrano disturbi di personalità o diagnosi psichiatriche.
- Fattori ambientali. La depravazione o frammentazione del sonno possono mettere gli individui a rischio di incubi.
- Fattori genetici e fisiologici. Studi sui gemelli hanno identificato gli effetti genetici sulla predisposizione agli incubi e sulla loro concomitanza con altre parassonie.
- Modificatori del decorso. Comportamenti adattivi dei genitori al capezzale, quali il calmare il bambino dopo un incubo, possono preservare dallo sviluppo di incubi cronici.

Tra i marker diagnostici, studi polisonografici mostrano bruschi risvegli dal sonno REM; i battiti cardiaci, la frequenza respiratoria e la velocità dei movimenti degli occhi possono aumentare prima del risveglio. Tra le conseguenze funzionali del disturbo da incubi si segnala un disagio soggettivo che può sfociare, se i risvegli sono frequenti, in eccessiva sonnolenza diurna, scadimento della capacità di concentrazione, depressione, ansia o irritabilità. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo da terrore del sonno. Entrambi i disturbi implicano risvegli completi o parziali accompagnati da paura, ma sono differenziabili; gli incubi si verificano nella seconda parte della notte, durante il sonno REM, e producono sogni vividi, ricordati in modo chiaro. I terri del sonno, invece, insorgono tipicamente nel primo terzo della notte e non producono alcun ricordo.
- 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. Esso, a differenza del disturbo da incubi, è associato a sogni agiti, spesso violenti, e ad una storia di lesioni notturne.
- Lutto. Durante il lutto possono verificarsi sogni disforici, seguiti da momenti di autoriflessione e di introspezione al risveglio.
- Narcolessia. Nonostante la presenza di incubi anche in questo disturbo, la presenza di sonnolenza eccessiva lo differenzia dal disturbo da incubi.
- Crisi epilettiche notturne. Esse possono raramente manifestarsi come incubi e dovrebbero essere valutate con la polisonnografia.
- Disturbi del sonno correlati alla respirazione. Essi possono portare a risvegli con iperattività del sistema nervoso autonomo, ma di solito non sono accompagnati dal ricordo di incubi.
- Disturbo di panico. Negli attacchi che insorgono durante il sonno possono prodursi bruschi risvegli con un' aumentata reattività neurovegetativa e intensa paura, ma non vengono riferiti incubi e i sintomi sono simili agli attacchi di panico durante la 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. Le sostanze che possono precipitare gli incubi sono: dopaminergici, antipertensivi, anfetamina, cocaina e altri stimolanti; antidepressivi; sussidi per smettere di fumare e melatonina. 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. Inoltre possono accompagnare trattamenti medici come l'emodialisi, l'astinenza da farmaci o da sostanze di abuso. Tra i disturbi mentali citiamo: disturbo post-traumatico, disturbo da insomnia, schizofrenia, psicosi, alterazioni dell'umore, disturbi d'ansia, dell'adattamento, di personalità e angoscia durante un lutto. Il disturbo da incubi può essere codificato

indipendentemente se gli incubi precedono l'altra condizione e se la frequenza o la gravità richiedono un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo comportamentale del sonno REM

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 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 (es. morbo di Parkinson)
- 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 o a un'altra condizione medica.
- G. Disturbi mentali e medici coesistenti non spiegano gli episodi.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale di questo disturbo 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 dalla 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 ed il compagno di letto e possono causare lesioni significative (es. cadere, saltare giù dal letto, correre, dare pugni ecc.). Al risveglio, l'individuo è sveglio, attento e orientato (criterio C). La diagnosi richiede disagio o compromissione clinicamente significativi (criterio E). La determinazione della gravità è basata principalmente sulla natura o su una conseguenza del comportamento, piuttosto che sulla frequenza degli episodi.

La prevalenza nella popolazione generale è circa dello 0,5% e può essere maggiore nei pazienti psichiatrici. Colpisce prevalentemente i maschi di età superiore ai 50 anni. Sintomi negli individui giovani dovrebbero proporre l'ipotesi di narcolessia o di disturbo indotto da farmaci. L'esordio può essere graduale o rapido e il decorso è solitamente progressivo. Il disturbo associato a disturbi neurodegenerativi può progredire insieme ad essi. Tra i marker diagnostici, la polisonnografia e il monitoraggio elettromiografico possono confermare la diagnosi. Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo fattori genetici e fisiologici: molti farmaci possono causare il disturbo comportamentale del sonno REM, o sconsigliare una predisposizione. Il disturbo può verificarsi sporadicamente in individui altrimenti sani. L'imbarazzo riguardante gli episodi può compromettere le relazioni sociali; gli individui possono infatti evitare situazioni in cui altri potrebbero venire a conoscenza del disturbo. Possono derivarne isolamento sociale o difficoltà lavorative. Raramente, questo disturbo può causare gravi lesioni in chi ne è affetto o nel compagno di letto. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altre parassonnie. Arousal confusionali, sonnambulismo e terrore del sonno possono essere facilmente confusi con il disturbo comportamentale del sonno REM. In genere, questi disturbi si verificano in individui più giovani.
- Crisi epilettiche notturne. Esse possono imitare perfettamente il disturbo comportamentale del sonno REM, ma i comportamenti sono generalmente più stereotipati.
- Apnea ostruttiva del sonno. Essa può portare a comportamenti non distinguibili dal disturbo comportamentale del sonno REM. La polisonnografia è necessaria.
- Disturbo dissociativo con altra specificazione. A differenza di quasi tutte le altre parassonnie, i comportamenti dissociativi psicogeni insorgono da una chiara condizione di veglia durante il periodo di sonno.
- 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.

Sindrome delle gambe senza riposo

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 3 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 (artrite, crampi alle gambe, ecc.) e non sono meglio spiegati da una condizione comportamentale (posizione scomoda, ecc.).
- E. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza di abuso o di farmaci.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La RLS è un disturbo 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 si effettua principalmente sulla base dei dati riportati dai pazienti e sulla base della storia. I sintomi peggiorano quando l'individuo è a riposo ed i frequenti movimenti si verificano nel tentativo di alleviare sensazioni sgradevoli. I sintomi 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.

I movimenti periodici delle gambe nel sonno possono servire come prova convalidante per la diagnosi, quando le registrazioni vengono effettuate per più notti. Difficoltà nell'iniziare e nel mantenere il sonno ed

eccessiva sonnolenza diurna possono anche supportare la diagnosi. Caratteristiche aggiuntive a sostegno comprendono una storia familiare di RLS tra i parenti di primo grado e una riduzione dei sintomi in seguito a trattamento dopaminergico. I tassi di prevalenza variano tra il 2 e il 7,2%. L'esordio si verifica tipicamente nella seconda o terza decade della vita. La diagnosi nei bambini può essere difficile a causa della componente di autodescrizione dei sintomi, che rende difficile esprimere un "bisogno".

Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo 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. Sebbene sia maggiormente prevalente nelle femmine rispetto ai maschi, non vi sono differenze diagnostiche in base al genere. Tra i marker diagnostici, la polisonnografia dimostra anomalie significative nella RLS, comunemente rappresentate da aumentata latenza del sonno ed a più elevati indici di arousal. Come sufficientemente gravi, tali da compromettere notevolmente il funzionamento o associate a disturbi mentali, compresi depressione e ansia, si verificano in circa il 3% della popolazione. Le conseguenze più comuni sono disturbi del sonno, depressione, disturbo d'ansia generalizzata, di panico e disturbo da stress post-traumatico, con compromissione generale 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.

La diagnosi differenziale vede come condizione più importante i crampi alle gambe, disagio legato a posizioni scomode, artriti, mialgia, ischemia posizionale, edema delle gambe, neuropatia periferica, radicolopatia e il tamburellamento abituale dei piedi. Non sono caratteristiche della RLS la contrattura del muscolo, il sollievo indotto da un singolo cambiamento di posizione, le limitazioni articolari, il dolore alla palpazione o altre anomalie dell'esame obiettivo. Inoltre, a differenza della RLS, i crampi notturni alle gambe non si manifestano tipicamente con il desiderio di muovere gli arti.

Comorbilità: disturbi depressivi, d'ansia e attentivi sono frequentemente in comorbilità. 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, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, emicrania, apnea ostruttiva del sonno, diabete mellito, fibromialgia, osteoporosi, obesità, malattie della tiroide, cancro, carenza di ferro, gravidanza e insufficienza renale cronica.

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) o 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 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.
- 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 andrebbe posta in luogo di una diagnosi di intossicazione o astinenza da sostanza solo quando i sintomi del criterio A predominano nel quadro e sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica specifica.

Specificare quale:

- Tipo insomnia: 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 o affaticamento eccessivo durante le ore di veglia o durante un lungo periodo di sonno.
- Tipo parasonnia: caratterizzato da eventi comportamentali anomali durante il sonno.
- Tipo misto.

209

Specificare se:

- con esordio durante l'intossicazione
- con esordio durante la sospensione/astinenza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del disturbo 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 (criterio B). A seconda della sostanza implicata, viene riferito uno dei quattro tipi di disturbo del sonno. Il tipo *insomnia* e il tipo *sonnolenza diurna* sono i più comuni. È necessario che l'alterazione non possa essere meglio spiegata da un altro disturbo del sonno (criterio C). Un disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci è distinto da un disturbo da insomnia o da un disturbo associato a eccessiva sonnolenza diurna, considerandone l'esordio e il decorso. Per le sostanze di abuso, deve esservi evidenza di intossicazione o astinenza, dalla storia, dall'esame obiettivo o dai reperti di laboratorio. 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. La diagnosi non viene fatta se l'alterazione del sonno si verifica soltanto durante un delirium (criterio B). I sintomi devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento (criterio E). 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 gravi possono verificarsi in associazione a intossicazione di alcol, caffé, cannabis, oppiacei, sedativi, ipnotici o ansiolitici, stimolanti, tabacco e altre. Alcuni farmaci che causano disturbi del sonno comprendono: agonisti e antagonisti adrenergici, della dopamina, colinergici, serotoninerigici, antistaminici e corticosteroidi.

- Alcol. Il disturbo del sonno indotto da alcol si manifesta tipicamente come insomnia. Durante l'intossicazione acuta, l'alcol produce un effetto sedativo immediato a seconda della quantità, accompagnata da un incremento di alcuni stadi del sonno non-REM ed a 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. L'alcol può aggravare un disturbo del sonno correlato alla respirazione. A seguito di un uso abituale, l'alcol continua a mostrare un effetto sedativo di breve durata per la prima parte della notte, seguito da un'interruzione della continuità del sonno nella seconda metà. Durante l'astinenza, la continuità del sonno viene interrotta ed è presente

un aumento dell'intensità del sonno REM associata a sogni vividi che, nei casi estremi, costituiscono parte del delirium da astinenza da alcol.

- Caffeina. Il disturbo del sonno indotto da caffeina produce insonnia con modalità dose-dipendente, in alcuni individui che manifestano sonnolenza diurna correlata all' astinenza.
- Cannabis. La somministrazione acuta di Cannabis può ridurre la latenza del sonno; aumenta il sonno a onde lente e sopprime il sonno REM. Nei consumatori cronici, si sviluppa una tolleranza verso gli effetti di induzione del sonno. In fase di astinenza, sono stati riferiti difficoltà nel sonno e sogni spiacevoli.
- Oppiacei. Durante l'uso acuto e a breve termine, 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. Inoltre, gli oppiacei aggravano l'apnea nel sonno.
- Sedativi, ipnotici o ansiolitici. Questi farmaci hanno effetti simili a quelli degli oppiacei. Durante l'intossicazione acuta, i farmaci producono l'atteso aumento della sonnolenza e la diminuzione della vigilanza. L'uso cronico può però provocare assuefazione, con il conseguente ritorno dell'insonnia. Qualsiasi farmaco sedativo, ipnotico o ansiolitico può inoltre causare sedazione diurna, astinenza o insonnia.
- Amfetamine e sostanze correlate e altri stimolanti. I disturbi del sonno causati da queste sostanze 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, alterano la continuità e diminuiscono il sonno REM. Durante l'astinenza sono presenti sia prolungamento del sonno notturno, sia eccessiva sonnolenza diurna.
- Tabacco. Il consumo cronico di tabacco è associato principalmente a sintomi di insonnia, riduzione dell'efficienza del sonno e aumento della sonnolenza diurna. L'astinenza dal consumo di tabacco può portare alla compromissione del sonno.
- Altre o sconosciute sostanze/farmaci possono produrre alterazione del sonno, in particolare i farmaci che coinvolgono il sistema nervoso centrale e autonomo.

L'insonnia nei bambini può essere identificata sia da un genitore sia dal bambino stesso. Spesso il bambino presenta un disturbo del sonno in coincidenza con l'inizio di una terapia. L'uso di alcune sostanze, come cannabis ed ecstasy, è prevalente nell'adolescenza e nella prima età adulta. L'insonnia o altri disturbi del sonno incontrati in questa fascia di età dovrebbero indurre a ritenere si stiano assumendo farmaci o droghe. Gli anziani assumono più farmaci e sono quindi a maggior rischio di sviluppare un disturbo del sonno correlato. Gli individui con demenza sono a loro volta a rischio per i disturbi del sonno di questa categoria. Tra i fattori di rischio e prognosi coinvolti in questo disturbo sono rilevanti, in particolar modo, quelli temperamental. L'uso di sostanze, infatti, in genere precipita o accompagna l'insonnia in individui vulnerabili.

Tra i marker diagnostici, la polisonnografia registrata durante l'intera notte può aiutare a definire la gravità dell' insonnia, mentre il test ripetuto di latenza del sonno fornisce informazioni sulla gravità della sonnolenza diurna. 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 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.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze. Una diagnosi di disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci dovrebbe esser fatta al posto di quella di intossicazione da sostanze o astinenza solo quando si ritiene che il disturbo del sonno sia predominante nel quadro clinico.
- Delirium. Se il disturbo del sonno 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 dagli altri se la sostanza/farmaco viene giudicata eziologicamente correlata ai sintomi.
- Disturbo del sonno dovuto a un'altra condizione medica. Possono produrre sintomi simili di insonnia, sonnolenza diurna o parassonnia. La cronologia dei sintomi è il fattore più importante nel distinguere le due cause. Quando non vi sono evidenze sufficienti per stabilire a cosa sia attribuibile il disturbo del sonno, se sia quindi primario o attribuibile a una condizione medica, si indica la diagnosi di “disturbo del sonno veglia con altra specificazione” o “senza specificazione”.

Comorbilità: insonnia, ipersonnolenza, apnea centrale del sonno, ipoventilazione correlata al sonno e disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia, tipo lavoro con turni.

Disturbo da insonnia con altra specificazione

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. Questa categoria viene utilizzata quando 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. Esempi sono:

- disturbo da insonnia di breve durata, inferiore a 3 mesi
- limitato a sonno non ristoratore.

Disturbo da insonnia senza specificazione

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. Questa categoria viene utilizzata quando il clinico sceglie di non 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, e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbo da ipersonnolenza con altra specificazione

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. Questa categoria viene utilizzata quando 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, ad es., “ipersonnolenza di breve durata”.

Disturbo da ipersonnolenza senza specificazione

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. Questa categoria viene utilizzata quando il clinico sceglie di non 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, e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbo del sonno-veglia con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del 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 uno dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del sonno-veglia. Questa categoria viene utilizzata quando 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.

Disturbo del sonno-veglia senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del 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 uno dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi del sonno-veglia. Questa categoria viene utilizzata quando il clinico sceglie di non comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per uno specifico disturbo del sonno-veglia, e comprende le manifestazioni in cui non ci sono informazioni sufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disfunzioni sessuali

213

Comprendono:

- eiaculazione ritardata
- disturbo erektil
- 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
- disfunzione sessuale senza specificazione

Le disfunzioni sessuali sono un gruppo eterogeneo di disturbi, caratterizzati da un'anomalia clinicamente significativa nella capacità di una persona di avere relazioni sessuali o di provare piacere sessuale. Un individuo può avere diverse disfunzioni sessuali contemporaneamente; in tal caso, tutte dovrebbero essere diagnosticate. Il giudizio clinico dovrebbe essere utilizzato per determinare se le difficoltà sono il risultato di una inadeguata stimolazione sessuale; in questo caso, la cura può essere comunque necessaria, ma non dovrebbe esser posta una diagnosi di disfunzione sessuale. Per identificare l'esordio della difficoltà vengono utilizzati alcuni sottotipi:

- permanente: si riferisce a un problema che è stato presente sin dalle prime esperienze sessuali;
- acquisita: si applica a disturbi sessuali che si sviluppano dopo un periodo di prestazioni relativamente normali;
- generalizzata: si riferisce a difficoltà che non sono limitate a determinati tipi di stimolazioni, situazioni o partner;
- situazionale: indica difficoltà che si verificano solo con alcuni tipi di stimolazione, situazioni o partner.

Oltre ai sottotipi suddetti, durante la valutazione della disfunzione sessuale deve essere considerato un certo numero di fattori che possono essere rilevanti per l'etiologia o il trattamento:

- fattori riguardanti il partner (es. problemi sessuali del partner)
- fattori relazionali (es. scarsa comunicazione)
- fattori di vulnerabilità individuale, comorbilità psichiatrica o fattori stressanti (es. una storia di abuso sessuale; depressione, ansia)
- fattori culturali o religiosi (es. inibizioni correlate a divieti riguardanti l'attività sessuale)
- fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento.

Il giudizio clinico volto alla diagnosi di disfunzione sessuale dovrebbe poi prendere in considerazione i fattori culturali, che possono influenzare le aspettative o generare divieti riguardanti l'esperienza del piacere sessuale. Una diagnosi di questo tipo richiede di escludere problemi meglio spiegati da un disturbo mentale, dagli effetti di una sostanza/farmaco, da una condizione medica o da un disagio relazionale, dalla violenza del partner o da altri fattori stressanti. Se la disfunzione è spiegabile per mezzo di un altro disturbo mentale non sessuale, allora dovrebbe essere posta solo la diagnosi di tale disturbo, e non di disfunzione sessuale.

Eiaculazione ritardata

Criteri diagnostici

- A. L'individuo deve riportare, in tutti o quasi tutti i rapporti sessuali 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.

214

Specificare quale:

- permanente, se il disturbo è presente da quando l'individuo è sessualmente attivo
- acquisita, se inizia dopo un periodo di funzionamento normale
- generalizzata, se non è limitato a determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner
- situazionale, se è limitato a determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner

Specificare la gravità attuale, in base alle evidenze di disagio:

- lieve
- moderata
- grave

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

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 adeguati. Nella maggior parte dei casi, la diagnosi sarà posta attraverso quanto riferito dall'individuo. 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 riferiscono di evitare l'attività sessuale a causa di una difficoltà costante a eiaculare. Durante la valutazione dev'essere considerato un certo numero di fattori che possono essere rilevanti per l'eziologia o il trattamento:

- fattori riguardanti il partner
- fattori relazionali
- fattori di vulnerabilità individuale, comorbilità psichiatrica o fattori stressanti
- fattori culturali o religiosi
- 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. La prevalenza non è chiara, a causa della mancanza di una definizione precisa di questa sindrome. Il disturbo di eiaculazione ritardata *permanente* inizia con le prime esperienze sessuali e continua per tutta la vita. L'eiaculazione ritardata *acquisita* inizia, invece, dopo un periodo di funzionamento sessuale normale. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo fattori genetici e fisiologici: il deterioramento correlato all'età dei nervi sensoriali periferici 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

cinquant'anni. La difficoltà di eiaculazione può contribuire alle difficoltà di concepimento. Inoltre, è spesso associata a un notevole disagio psicologico in uno o entrambi i partner. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- 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 o psicologica e medica combinate. Un aspetto situazionale della lamentela suggerisce una base psicologica. Un'altra malattia organica o una lesione possono produrre ritardi nell'eiaculazione, indipendenti da questioni psicologiche. Un certo numero di malattie neurodegenerative, come la sclerosi multipla, possono causare l'incapacità di eiaculare. L'eiaculazione ritardata dovrebbe poi essere differenziata dall'eiaculazione retrograda, che può seguire la resezione transuretrale della prostata.
- Uso di sostanze/farmaci: un certo numero di agenti farmacologici (antipsicotici, antidepressivi, 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.

Comorbilità: alcune evidenze suggeriscono che l'eiaculazione ritardata può essere più comune nelle forme gravi del disturbo depressivo maggiore.

Disturbo erettile

Criteri diagnostici

- A. L'individuo deve riportare, in tutti o in quasi tutti i rapporti sessuali, 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
- Acquisita
- Generalizzata
- Situazionale

Specificare la gravità attuale

- Lieve
- Moderata
- Grave

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del disturbo erettile è la ripetuta incapacità di ottenere o mantenere l'erezione durante i rapporti sessuali (criterio A). E' necessaria la raccolta di un'accurata storia sessuale per accertare che il problema si sia manifestato per un periodo significativo di tempo e si verifichi nella maggior parte delle occasioni sessuali. I sintomi possono verificarsi solo in situazioni specifiche, che includono determinate stimolazioni o partner, o in modo generalizzato. 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 o evitamento di incontri sessuali futuri; solitamente, il partner sperimenta una diminuzione del desiderio e dell'appagamento sessuale. Durante la valutazione dev' essere considerato un certo numero di fattori che possono essere rilevanti per l'eziologia o il trattamento:

- fattori riguardanti il partner
- fattori relazionali
- fattori di vulnerabilità individuale, comorbilità psichiatrica o fattori stressanti
- fattori culturali o religiosi
- fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento.

Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi. 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 cinquant'anni. Si è riscontrato che un' insufficienza erettile al primo approccio sessuale è correlata al rapporto con partner sconosciuto, all'uso di droghe o alcol, al non voler avere un rapporto e al condizionamento del gruppo. La maggior parte di questi problemi si risolve spontaneamente, ma alcuni uomini possono continuare ad avere problemi episodici. Al contrario, il disturbo di tipo acquisito è spesso correlato a patologie cardiovascolari, diabete ecc. Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo:

- Fattori temperamental: tratti di personalità nevrotica possono essere associati a problemi di erezione negli studenti universitari, e tratti di personalità sottomessa possono essere associati a problemi di erezione in uomini over 40. L'alessitimia (incapacità di elaborare cognitivamente le emozioni) è comune negli uomini con disfunzione erettile psicogena.
- Modificatori del decorso: fattori di rischio comprendono età, tabagismo, mancanza di esercizio fisico, diabete, riduzione del desiderio sessuale.

Tra i 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. Possono inoltre essere impiegate l'ultrasonografia Doppler, l'iniezione intravascolare, la cavernosografia ecc.

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.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi mentali non sessuali: disturbo depressivo maggiore e disturbo erettile sono strettamente associati e l'uno può accompagnare l'altro.
- Funzione erettile normale: andrebbero valutate eventuali aspettative eccessive.
- Uso di sostanze/farmaci: un'altra importante differenziale si ha quando il problema di erezione è secondario all'uso di sostanze o farmaci.

- Altra condizione medica: bisognerebbe valutare una possibile compromissione organica, specie se l'uomo supera i 40-50 anni. 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.
- Altre disfunzioni sessuali: il disturbo erettile può coesistere con l'ejaculazione precoce e con il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile.

Comorbilità: ejaculazione precoce, disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile, disturbi d'ansia e depressivi, ipertrofia prostatica, malattie cardiovascolari, sclerosi multipla, diabete mellito e altre malattie che interferiscono con la funzione vascolare, neurologica o endocrina.

Disturbo dell'orgasmo femminile

Criteri diagnostici

- A. Deve essere provato, in tutti o quasi tutti i rapporti sessuali, 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 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
- Acquisita
- Generalizzata
- Situazionale

Specificare se: non ha mai avuto un orgasmo in nessuna situazione.

Specificare la gravità attuale in base alle evidenze di disagio:

- Lieve
- Moderata
- Grave

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il disturbo dell'orgasmo femminile è caratterizzato da difficoltà di raggiungere l'orgasmo o da una marcata riduzione dell'intensità delle sensazioni orgasmiche (criterio A). Per una diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile, i sintomi devono essere sperimentati in quasi tutte le occasioni di attività sessuale e hanno una durata minima di circa 6 mesi. L'uso dei criteri di gravità e durata minimi è finalizzato a distinguere delle difficoltà transitorie da una disfunzione più insistente. Affinché una donna riceva questa diagnosi, i sintomi devono essere accompagnati da un disagio clinicamente significativo (criterio C). In molti casi, le cause sono multifattoriali o non possono essere determinate. Se si ritiene che il disturbo 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. Se una donna prova l'orgasmo, anche se non

attraverso il rapporto sessuale, non soddisfa i criteri per una diagnosi di questo tipo. E' anche importante valutare se le difficoltà incontrate non siano il risultato di una stimolazione sessuale inadeguata.

In generale, non è stata dimostrata l'associazione tra disfunzione orgasmica e specifici pattern di personalità o psicopatologia. Alcune donne con questo disturbo 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. Durante la valutazione deve essere considerato un certo numero di fattori che possono essere rilevanti per l'eziologia o il trattamento:

- fattori riguardanti il partner
- fattori relazionali
- fattori di vulnerabilità individuale, comorbilità psichiatrica o fattori stressanti
- fattori culturali o religiosi
- fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento.

Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi diversi, in diverse donne con questo disturbo. I tassi di prevalenza variano dal 10 al 42% a seconda di fattori come età, cultura, durata e gravità dei sintomi. Circa il 10% delle donne non raggiunge ma l'orgasmo nel corso della vita. Per definizione, il disturbo *permanente* indica che la difficoltà è sempre stata presente, mentre il sottotipo *acquisito* dovrebbe essere assegnato se le difficoltà sono insorte dopo un periodo di funzione orgasmica normale. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: una vasta gamma di fattori psicologici è potenzialmente in grado di interferire con la capacità femminile di provare l'orgasmo.
- Fattori ambientali: nelle donne vi è una forte associazione tra i problemi relazionali, la salute fisica mentale e le difficoltà orgasmiche.
- Fattori genetici e fisiologici: condizioni mediche e farmaci possono influenzare l'esperienza dell'orgasmo femminile. Condizioni come sclerosi multipla, danni da isterectomia totale e lesioni del midollo spinale possono influenzare la possibilità di raggiungere l'orgasmo. Fattori psicologici, socioculturali e fisiologici interagiscono in modo complesso nell'influenzare l'esperienza dell'orgasmo nelle donne.

Anche se durante l'orgasmo femminile si verificano cambiamenti fisiologici misurabili, vi è una significativa variabilità di questi indicatori. Per tali ragioni, in ambito clinico, la diagnosi di questo disturbo si basa sui dati riferiti in sede di valutazione. Le conseguenze funzionali non sono chiare; anche se nelle donne vi è una forte associazione tra problemi relazionali e difficoltà orgasmiche, non è chiaro se fattori relazionali costituiscono fattori di rischio per le difficoltà orgasmiche o se siano, piuttosto, conseguenze di tali difficoltà.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi mentali non sessuali. Se possono spiegare il disturbo, non dovrebbe esser posta anche la diagnosi di disturbo dell'orgasmo.
- Disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci.
- Altra condizioni medica. Ad es. sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale ecc.
- Fattori interpersonali. Se significativi (es. violenza del partner, forti stress ecc.), non dovrebbe esser posta questa diagnosi.
- Altre disfunzioni sessuali. Possono verificarsi in associazione, non escludendo la diagnosi.

Comorbilità: possono esserci delle concomitanti difficoltà di desiderio/eccitazione sessuale.

Disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile

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 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.
 6. Assenti/ridotte sensazioni genitali o non genitali durante l'attività sessuale in tutti o quasi tutti 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 (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.

219

Specificare quale:

- Permanente
- Acquisita
- Generalizzata
- Situazionale

Specificare la gravità attuale

- Lieve
- Moderata
- Grave

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Nel valutare questo disturbo si deve tener conto del contesto interpersonale. Una differenza in cui la donna ha un minore desiderio rispetto al partner, non è sufficiente per poter porre la diagnosi. Perché vengano soddisfatti i criteri, dev'esserci assenza o ridotta frequenza/intensità di almeno 3 dei 6 indicatori (criterio A) per una durata minima di circa 6 mesi (criterio B). Tra le donne possono esserci diversi insiemi di sintomi. In una, il disturbo può esprimersi attraverso la mancanza di interesse per l'attività sessuale, l'assenza di pensieri erotici e la riluttanza a intraprendere l'attività sessuale. In un'altra donna, le caratteristiche primarie possono essere l'incapacità di eccitarsi, di rispondere agli stimoli sessuali con desiderio e una corrispondente mancanza di segni fisici di eccitazione. I criteri per la diagnosi devono quindi tenere conto che le difficoltà nel desiderio e nell'eccitazione spesso caratterizzano contemporaneamente le lamentele delle donne con questo disturbo. Cambiamenti di breve durata sono comuni e possono essere risposte adattive agli eventi di vita di una donna, che non rappresentano una disfunzione sessuale. La diagnosi richiede che i sintomi durino almeno da 6 mesi, per dimostrare siano un problema persistente. Ci può essere un'assente o ridotta frequenza o intensità di interesse per l'attività sessuale, che in precedenza era definita "desiderio sessuale

ipoattivo". La frequenza o l'intensità di pensieri o fantasie sessuali ed erotiche può essere assente o ridotta. Nel valutare questo criterio si dovrebbe tener conto della normale diminuzione di pensieri sessuali con l'avanzare dell'età. L'assenza o la ridotta frequenza dell'iniziativa e/o della ricettività agli approcci del partner costituiscono un criterio comportamentale centrale. L'eccitazione o il piacere possono essere assenti o ridotti, in tutti o quasi i rapporti sessuali. Nelle donne con scarso desiderio è comune la manifestazione clinica di mancanza di piacere. La frequenza o l'intensità delle sensazioni genitali e non, durante l'attività sessuale, possono essere ridotte o assenti. Poiché venga posta una diagnosi, infine, un disagio clinicamente significativo deve accompagnare i sintomi. Se una permanente mancanza di desiderio viene meglio spiegata dall'identificazione di sé come "asessuata", non dovrebbe esser posta una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile.

Il disturbo 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 sono anche difficoltà relazionali e alterazioni dell'umore. Possono essere anche evidenti credenze e aspettative irrealistiche che riguardano l'adeguato livello di desiderio o eccitazione. Durante la valutazione deve essere considerato un certo numero di fattori che possono essere rilevanti per l'eziologia o il trattamento:

- fattori riguardanti il partner
- fattori relazionali
- fattori di vulnerabilità individuale, comorbilità psichiatrica o fattori stressanti
- fattori culturali o religiosi
- fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento.

Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi diversi, in diverse donne con questo disturbo. La prevalenza è sconosciuta. Vi è una marcata variabilità dei tassi di prevalenza del calo del desiderio tra le varie culture; diverse culture possono infatti considerare patologici alcuni comportamenti e non altri.

Nel corso della vita, avvengono cambiamenti nel desiderio e nell'eccitazione sessuale. Per definizione, il disturbo di tipo *permanente* implica invece la mancanza di interesse o eccitazione sia stata presente per tutta la vita. Dovrebbe essere assegnato il sottotipo *acquisito* se le difficoltà si sono sviluppate dopo un periodo di funzionamento ottimale. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: comprendono pensieri e atteggiamenti negativi riguardo alla sessualità e a una passata storia di disturbi mentali.
- Fattori ambientali: comprendono le difficoltà relazionali e la storia evolutiva.
- Fattori genetici e fisiologici: alcune condizioni mediche possono essere fattori di rischio per questo disturbo.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi mentali non sessuali, come il disturbo depressivo maggiore in cui vi è una marcata diminuzione di interesse piacere per tutte, o quasi tutte, le attività.
- Uso di sostanze/farmaci: può spiegare la mancanza di desiderio.
- Altra condizione medica: ad esempio funzioni tiroidee, diabete mellito ecc.
- Fattori interpersonali: un grave disagio relazionale, la violenza intima del partner o altri significativi fattori stressanti possono spiegare i sintomi.
- Altre disfunzioni sessuali: non escludono una diagnosi di questo disturbo.

- Stimoli sessuali inadeguati o assenti.

Comorbilità: è estremamente comune tra questo disturbo e altre difficoltà sessuali. Disagio sessuale e insoddisfazione sono altamente correlati, nelle donne con un calo del desiderio. Il calo del desiderio è anche associato a depressione, problemi di tiroide, ansia, incontinenza urinaria e altri fattori medici, nonché con depressione, abusi sessuali e fisici, abuso di alcol.

Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione

221

Criteri diagnostici

- Persistenti o ricorrenti difficoltà con uno o più dei seguenti sintomi:
 - Penetrazione vaginale durante il rapporto.
 - Marcato dolore vulvo-vaginale o pelvico durante il rapporto o i tentativi di penetrazione vaginale.
 - Marcata paura o ansia per il dolore pelvico o vulvo-vaginale prima, durante o come risultato della penetrazione vaginale.
 - Marcata tensione o contrazione dei muscoli del pavimento pelvico durante il tentativo di penetrazione vaginale.
- I sintomi del criterio A si sono protratti come minimo per circa 6 mesi.
- I sintomi del criterio A causano nell'individuo un disagio clinicamente significativo.
- La disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale o come conseguenza di un grave disagio relazionale (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
- Acquisita

Specificare la gravità attuale:

- Lieve
- Moderata
- Grave

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Questo disturbo si riferisce a 4 tipologie sintomatiche che sono comunemente in comorbilità (criterio A):

- Difficoltà ad avere rapporti sessuali
- Dolore genito-pelvico
- Paura del dolore o della penetrazione
- Tensione dei muscoli del pavimento pelvico.

Poiché una grave difficoltà in una qualsiasi di queste aree è spesso sufficiente a causare un disagio clinicamente significativo, può essere posta una diagnosi anche se risponde ad uno solo dei criteri. La marcata difficoltà ad avere rapporti può variare da una totale incapacità in qualsiasi situazione, ad una capacità situazionale. Il marcato dolore vulvo-vaginale o pelvico durante il rapporto va valutato anche in base alla localizzazione: può essere superficiale o profondo. Alcuni dolori genito-pelvici si verificano solo se provocati (es. rapporto sessuale), mentre altri possono essere spontanei. Il dolore può persistere per qualche

tempo dopo che il rapporto è terminato e può verificarsi anche durante la minzione. In generale, il dolore può elicitarsi anche nel corso di una visita ginecologica. La marcata paura o ansia per il dolore prima, durante o dopo la penetrazione è comunemente riferita dalle donne che hanno provato regolarmente dolore nei rapporti. Questa reazione “normale” può portare però all’evitamento totale di situazioni sessuali o intime. La marcata tensione o contrazione dei muscoli del pavimento pelvico durante il tentativo di penetrazione può variare da uno spasmo simil-riflesso, alla normale e volontaria difesa muscolare in risposta all’attesa e ripetuta esperienza di dolore.

Il disturbo è frequentemente associato ad altre disfunzioni sessuali, particolarmente alla riduzione del desiderio e di interesse sessuali. Anche l’evitamento delle visite ginecologiche è frequente; le modalità 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 questo disturbo fanno esperienza di problemi relazionali associati e di diminuzione della percezione della loro femminilità.

Durante la valutazione deve essere considerato un certo numero di fattori che possono essere rilevanti per l’eziolegia o il trattamento:

- fattori riguardanti il partner
- fattori relazionali
- fattori di vulnerabilità individuale, comorbilità psichiatrica o fattori stressanti
- fattori culturali o religiosi
- fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento.

Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi diversi, in donne diverse con questo disturbo. Lo sviluppo e il decorso del disturbo non sono chiari. Dal momento che le donne generalmente non richiedono il trattamento fin quando non fanno esperienza di problemi nel funzionamento sessuale, può essere difficile caratterizzare tale disturbo come primario/permanente o secondario/acquisito. E’ utile, in questo caso, determinare la presenza di un periodo in cui l’attività sessuale si è svolta con successo, senza dolore e paura. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori ambientali: l’abuso sessuale o fisico è stato spesso citato come fattore predittivo nei disturbi da dolore sessuale, definiti dal DSM-IV come “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 una volta risolte, il dolore permane. Il dolore durante l’inserimento dell’assorbente interno, anche prima di aver avuto rapporti sessuali, è un importante fattore di rischio.

In passato, un’educazione sessuale inadeguata e l’integralismo religioso sono stati spesso considerati fattori predisponenti culturalmente correlati alla diagnosi di vaginismo nel DSM-IV. Questa idea sembra essere confermata da recenti dati provenienti dalla Turchia, paese musulmano, che indicano una prevalenza del disturbo sorprendentemente alta. Tuttavia, la maggior parte delle ricerche non sostiene questa teoria.

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.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altra condizione medica. In molti casi verrà diagnosticata anche un'altra condizione medica, come endometriosi, infiammazione pelvica, atrofia vulvo-vaginale. In alcuni casi, trattando la condizione medica, il disturbo si allevia. Il più delle volte, questo non avviene.
- Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati. Non è ancora chiaro se i due disturbi possano essere differenziati in modo attendibile.
- Stimoli sessuali inadeguati. E' importante considerarli nel processo diagnostico.

Comorbilità: sembra essere comune tra il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione e altri problemi sessuali. E' frequente anche la comorbilità con il disagio relazionale.

Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile

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
- Acquisita
- Generalizzata
- Situazionale

Specificare la gravità attuale

- Lieve
- Moderata
- Grave

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differentiale

Nel valutare il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile, si deve tener conto del contesto interpersonale. Una differenza di desiderio, in cui l'uomo ha un desiderio di attività sessuale inferiore a quella del partner, non è sufficiente per porre la diagnosi. Sono richiesti, infatti, sia l'insufficiente/assente desiderio sia gli scarsi/assenti pensieri o fantasie sessuali. Tra gli uomini possono esserci, ovviamente, variazioni nelle modalità di espressione del desiderio. La mancanza di desiderio e gli scarsi o assenti pensieri erotici devono essere persistenti o ricorrenti e verificarsi per minimo 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 può rappresentare una risposta adattiva a condizioni avverse di vita. Talvolta, il disturbo è associato a preoccupazioni riguardanti l'erezione e/o l'ejaculazione. Ad es. le difficoltà persistenti nel raggiungere un'erezione possono portare un uomo a perdere interesse per l'attività sessuale. Nel porre la diagnosi, 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 dare avvio all'attività sessuale, molti possono invece preferire che

sia il partner a prendere l'iniziativa. In tali situazioni, dovrebbe essere considerata la mancanza di ricettività dell'uomo per l'iniziativa del partner. Durante la valutazione deve essere considerato un certo numero di fattori che possono essere rilevanti per l'eziologia o il trattamento:

- fattori riguardanti il partner
- fattori relazionali
- fattori di vulnerabilità individuale, comorbilità psichiatrica o fattori stressanti
- fattori culturali o religiosi
- fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento.

Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi diversi, in uomini diversi con questo disturbo.

La prevalenza del disturbo si aggira attorno al 6% degli uomini più giovani (18-24aa) e il 41% degli uomini più anziani (66-74aa) 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. Per definizione, il disturbo di tipo *permanente* indica che un desiderio sessuale scarso o nullo è sempre stato presente, mentre il sottotipo *acquisito* andrebbe assegnato se il calo del desiderio si è sviluppato dopo un periodo di desiderio sessuale normale. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: i disturbi dell'umore e d'ansia sembrano essere fortemente predittivi del calo di desiderio negli uomini. Fino a metà degli uomini con una passata storia di sintomi psichiatrici può avere una moderata o grave perdita del desiderio.
- 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, problemi interpersonali, la mentalità, la mancanza di un'adeguata educazione sessuale e traumi derivanti da esperienze di infanzia.
- Fattori genetici e fisiologici: disturbi endocrini ed età avanzata influenzano il desiderio sessuale negli uomini.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi mentali non sessuali: il disturbo depressivo maggiore può spiegare la mancanza di desiderio.
- Uso di sostanze/farmaci: può spiegare la mancanza di desiderio.
- Altra condizione medica: ipogonadismo, diabete mellito, disfunzioni della tiroide ecc. possono spiegare l'assenza di desiderio.
- Fattori interpersonali: un grave disagio relazionale o altri significativi fattori stressanti sono associati alla perdita del desiderio.
- Altre disfunzioni sessuali: la loro presenza non esclude una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile. Se il calo del desiderio è spiegato dall'identificazione di sé come "asessuato", allora non dovrebbe esser posta la diagnosi.

Comorbilità: la depressione e altri disturbi mentali, così come i fattori endocrini, sono spesso in comorbilità con il disturbo.

Eiaculazione precoce

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 EP può essere applicata a individui impegnati in attività sessuali non intravaginali, non sono stati stabiliti criteri specifici 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 le occasioni di attività sessuale (in determinate circostanze o in tutte).
- 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
- Acquisita
- Generalizzata
- Situazionale

Specificare la gravità attuale

- Lieve (eiaculazione entro 30-60 secondi)
- Moderata (entro 15-30 secondi)
- Grave (prima dell'attività sessuale, all'inizio o entro 15 secondi)

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

L'eiaculazione precoce si manifesta quando l'eiaculazione si verifica prima o poco dopo la penetrazione e può essere applicata ai maschi di vario orientamento sessuale, poiché la latenza eiaculatoria sembra essere simile tra orientamenti e attività sessuali diverse. Molti maschi 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. Durante la valutazione deve essere considerato un certo numero di fattori che possono essere rilevanti per l'eziologia o il trattamento:

- fattori riguardanti il partner
- fattori relazionali
- fattori di vulnerabilità individuale, comorbilità psichiatrica o fattori stressanti
- fattori culturali o religiosi
- fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento.

Ognuno di questi fattori può contribuire alla manifestazione dei sintomi diversi, in uomini diversi con questo disturbo. La prevalenza è del 20-30% degli uomini di età compresa tra i 18 e i 70 anni, ma con la nuova definizione (eiaculazione che si verifica dopo circa 1 minuto di penetrazione) solo all'1-3% degli uomini verrebbe diagnosticato il disturbo.

Per definizione, l'eiaculazione precoce permanente si manifesta con le prime esperienze sessuali e persiste in seguito. Alcuni uomini possono successivamente acquisire il controllo eiaculatorio. E' la persistenza dei

problemi per oltre 6 mesi a determinare la diagnosi. Al contrario, alcuni uomini sviluppano il disturbo dopo un periodo di latenza eiaculatoria normale, e questo è noto come eiaculazione precoce acquisita. Tra i fattori di rischio e prognosi abbiamo:

- fattori temperamental: l'EP può essere più comune negli uomini con disturbi d'ansia, in particolare ansia sociale (fobia sociale).
- Fattori genetici e fisiologici: esiste un moderato apporto genetico alla forma permanente di EP. Inoltre, malattie della tiroide, prostatite e astinenza da droghe sono associate all'EP acquisita.

Un pattern di EP può essere associato a 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 del partner, nonché provocare problemi di concepimento. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci.
- Preoccupazioni riguardo all'eiaculazione che non soddisfano i criteri diagnostici.

Comorbilità: l'EP può essere associata a problemi di erezione, a disturbi d'ansia, a prostatite, malattie della tiroide o astinenza da droghe.

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 (es. 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 (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.

Specificare se:

- Con esordio durante l'intossicazione
- Con esordio durante l'astinenza

- Con esordio dopo l'uso di un farmaco

Specificare la gravità attuale

- Lieve: si verifica nel 25-50% dei casi
- Moderata: si verifica nel 50-75% dei casi
- Grave: si verifica nel 75% o più dei casi.

227

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Le disfunzioni sessuali possono verificarsi in associazione a un'intossicazione dovuta alle seguenti classi di sostanze: alcol, oppiacei, sedativi, ipnotici o ansiolitici; stimolanti e altre sostanze. Inoltre, possono verificarsi in associazione all'astinenza dalle stesse sostanze. I farmaci che possono causare le disfunzioni sono antidepressivi, antipsicotici e contraccettivi ormonali. Infine, disfunzioni sessuali sono state osservate anche negli individui trattati con metadone.

Dal 25 all'80% circa degli individui che assumono inibitori delle monoaminossidasi, antidepressivi triciclici, antidepressivi serotonergici e antidepressivi combinati riferisce effetti collaterali sessuali. Circa il 50% degli individui che assumono farmaci antipsicotici farà esperienza di effetti collaterali sessuali avversi.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con 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 il tipo di disfunzione. Di solito, la diagnosi viene posta se si osserva una stretta relazione con l'inizio dell'assunzione della sostanza/farmaco o con la sua sospensione. È possibile porre una diagnosi chiara se il problema si verifica dopo l'inizio dell'assunzione, scompare con la sospensione e si ripresenta con la nuova assunzione della stessa sostanza/farmaco.

Disfunzione sessuale con altra specificazione

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 dei disturbi della classe diagnostica delle disfunzioni sessuali. Questa categoria viene utilizzata quando il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per una specifica disfunzione sessuale. Questo viene fatto registrando "disfunzione sessuale con altra specificazione", seguito dalla ragione specifica (es. "avversione sessuale").

Disfunzione sessuale senza specificazione

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 dei disturbi della classe diagnostica delle disfunzioni sessuali. Questa categoria viene utilizzata quando il clinico sceglie di *non comunicare* la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per una specifica disfunzione sessuale. Questo viene fatto registrando "disfunzione sessuale senza specificazione" e comprende le manifestazioni in cui le informazioni non sono sufficienti per porre una diagnosi più precisa.

Disforia di genere

228

Questa sezione è interamente dedicata alla diagnosi di disforia di genere, con set di criteri evolutivi appropriatamente differenziati per bambini, adolescenti e adulti. La necessità di introdurre il termine *genere* è sorta dalla constatazione che, per gli individui con indicatori biologici sessuali contrastanti o ambigui, il ruolo vissuto nella società e l'identificazione come maschio o femmina non possono essere associati o predetti tout court dagli indicatori biologici classici e, inoltre, che alcuni sviluppano un'identità come maschio o femmina in contrasto con i loro set uniformi di indicatori biologici tradizionali. Di conseguenza, il termine *genere* è utilizzato per indicare il ruolo pubblico vissuto come il bambino o bambina, uomo o donna, ma i fattori biologici vengono considerati come un contributo, in interazione con fattori sociali e psicologici, allo sviluppo del genere. *Assegnazione di genere* si riferisce all'assegnazione iniziale, alla nascita, di maschio o femmina. Questo accade alla nascita. L'espressione *atipico rispetto al genere* si riferisce a caratteristiche somatiche o comportamenti che non sono tipici di individui con la medesima assegnazione di genere. Un termine alternativo è *non conforme al genere*. *Riassegnazione del genere* indica un cambiamento di genere ufficiale e, di solito, legale. *Identità di genere* è una categoria che si riferisce all'identificazione di un individuo come maschio, femmina o come appartenente a categorie diverse. *Disforia di genere* si riferisce al disagio affettivo e 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 femmina o da femmina maschio e che comporta, in molti casi, una transizione somatica per mezzo di un trattamento con ormoni del sesso opposto e chirurgia degli organi genitali. *Disforia di genere* si riferisce alla sofferenza che può accompagnare l'incongruenza tra il genere esperito e il genere assegnato. Il termine attuale è più descrittivo rispetto al precedente disturbo dell'identità di genere, e si focalizza sulla disforia come problema clinico e non sull'identità in sé.

Disforia di genere nei bambini

Criteri diagnostici

- A. una marcata incongruenza tra il genere esperito / espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno sei 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*.

Disforia di genere negli adolescenti e negli adulti

Criteri diagnostici

- 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 2 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 ad un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
 5. Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o ad un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
 6. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o ad 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*
- *post transizione*: l'individuo è passato a vivere a tempo pieno il genere desiderato e si è sottoposto ad almeno una procedura medica di riassegnazione sessuale.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Gli individui con disforia di genere mostrano una marcata incongruenza tra il genere che è stato loro assegnato alla nascita e il genere dal loro esperito o espresso. Inoltre, deve esservi evidenza di una sofferenza legata a questa discrepanza. 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. 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. Di solito,

manifestano intense reazioni negative nei confronti dei tentativi dei genitori di far loro indossare vestiti femminili. Molto spesso preferiscono sport di contatto, giochi in cui ci si azzuffa e scelgono compagni di gioco di sesso opposto. Occasionalmente, rifiutano di urinare in posizione seduta. 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 femminili, imitare figure femminili, preferiscono attività femminili e le bambole sono spesso i loro giocattoli preferiti. Evitano sport competitivi e hanno scarso interesse per giochi maschili. Alcuni possono sostenere di non avere il pene o di trovare disgustoso il proprio pene o i testicoli. Gli adolescenti con disforia di genere mostrano una preoccupazione per gli imminenti cambiamenti fisici attesi. Negli adulti, la discrepanza tra il genere esperito e le caratteristiche sessuali e fisiche è spesso accompagnata da un desiderio di liberarsi delle caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie e da un forte desiderio di acquisire quelle del genere opposto. Quando si sviluppano i segni visibili della pubertà, i ragazzi nati maschi possono depilarsi le gambe, bendarsi i genitali; le femmine possono bendarsi il seno, ecc.

Sono sempre di più gli adolescenti che richiedono dei soppressori ormonali degli steroidi gonadici. Molti desiderano un intervento chirurgico di riassegnazione del genere. Adolescenti e adulti con disforia di genere che non si sono ancora sottoposti a una riassegnazione del genere presentano un maggior rischio di ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e suicidio. Per gli adulti nati maschi, la prevalenza varia dallo 0,005% allo 0,014%. Per le femmine varia dallo 0,002% allo 0,003%. Poiché la manifestazione della disforia di genere varia con l'età, esistono set di criteri distinti per bambini, adolescenti e adulti. Un bambino molto piccolo può mostrare segni di sofferenza solo quando i genitori gli dicono che non è "realmente" un membro del genere opposto, ma che desidera solamente esserlo. Negli adolescenti negli adulti, la sofferenza può manifestarsi a causa della forte incongruenza tra il genere esperito e sesso anatomico. Tuttavia, la sofferenza può essere mitigata da contesti accoglienti e dalla conoscenza dell'esistenza di trattamenti medici in grado di ridurre tale incongruenza.

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 comincia a manifestare i comportamenti e gli interessi legati al genere. In alcuni casi, l'espressione del desiderio di appartenere al genere opposto appare più tardi, con l'ingresso nella scuola elementare. 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. 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 omosessuali. Nelle bambine nate femmine in cui la disforia di genere non persiste, la percentuale ginofilica (attratti sessualmente da femmine) e che si autoidentifica come lesbica è minore, variando dal 30 al 50%. Sia negli adolescenti che negli adulti nati maschi esistono due ampie traiettorie per lo sviluppo della disforia di genere: con esordio precoce o tardivo. La disforia di genere con esordio precoce inizia in età infantile e perdura fino all'adolescenza e all'età adulta. La disforia di genere con esordio tardivo si presenta verso la pubertà o molto più avanti negli anni. Adolescenti e adulti nati maschi con disforia di genere con esordio precoce sono quasi sempre attratti sessualmente dagli uomini. Adolescenti adulti con disforia di genere con esordio tardivo mettono invece spesso in atto comportamenti di travestimento. Una consistente percentuale di maschi adulti con disforia di genere con esordio tardivo convive o è sposata con donne nate femmine. Sia negli adolescenti che negli adulti nati femmine, il decorso più comune è quello dell'esordio precoce.

Disforia di genere in associazione a un disturbo dello sviluppo sessuale: la maggior parte degli individui con disturbo dello sviluppo sessuale che sviluppano la disforia di genere è già stata sottoposta ad attenzione

medica nell'infanzia. 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.

Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: 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 e la sua persistenza.
- Fattori ambientali: i maschi con disforia di genere hanno più comunemente fratelli maggiori. Ulteriori fattori predisponenti comprendono un abituale travestimento feticistico e altri tipi di problemi di ordine sociale, psicologico o evolutivo.
- Fattori genetici e fisiologici: negli 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 nei gemelli monozigoti e un certo grado di ereditabilità della disforia di genere. In genere, comunque, i dati di ricerca attuali risultano insufficienti per classificare la disforia di genere senza un disturbo dello sviluppo sessuale.

Le preoccupazioni relative ai desideri di appartenere al genere opposto possono svilupparsi a tutte le età e spesso interferiscono con le attività quotidiane. Nei bambini più grandi, l'incapacità di sviluppare relazioni tra pari e competenze tipiche dell'età 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 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. Inoltre, l'accesso di questi individui ai servizi sanitari e di salute mentale può essere impedito da barriere strutturali, come l'inesperienza nel lavorare con questa popolazione di pazienti.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Non conformità ai ruoli di genere. La disforia dovrebbe essere distinta dalla semplice non conformità a comportamenti di genere stereotipati. La diagnosi non è infatti pensata per descrivere semplicemente una difformità dal comportamento stereotipato del ruolo di maschio o femmina.
- Disturbo da travestitismo. Il disturbo si verifica in adolescenti eterosessuali o bisessuali e adulti maschi, nei quali il comportamento di travestimento genera un'eccitazione sessuale e causa sofferenza o compromissione senza mettere in questione il genere primario. Esso è talvolta accompagnato da disforia di genere. In questo caso, può ricevere entrambe le diagnosi.
- Disturbo da dismorfismo corporeo. Un individuo con questo disturbo si concentra sull'alterazione o sulla rimozione di una specifica parte del corpo perché percepita come anormale. Se le manifestazioni di un individuo soddisfano i criteri per entrambi i disturbi, è possibile porre entrambe le diagnosi. Gli individui che desiderano che un arto sano venga amputato perché li fa sentire più completi, definiti da un *disturbo dell'integrità dell'identità corporea*, solitamente non desiderano un cambiamento di genere, ma 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 ogni caso, entrambi i disturbi possono essere presenti contemporaneamente.
- Altre manifestazioni cliniche. Alcuni individui con un desiderio di demascolinizzazione, che sviluppano un'identità di genere né maschile né femminile, presentano delle manifestazioni che soddisfano i criteri per la disforia di genere. Tuttavia, non sempre i maschi che richiedono la castrazione/penectomia lo fanno per modificare l'identità maschile. In questo caso, 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 come ansia, disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e depressivi. In bambini più grandi, il comportamento variante rispetto al genere porta spesso all'emarginazione, il che può condurre a maggiori problemi comportamentali. Il disturbo dello spettro dell'autismo è maggiormente prevalente in bambini con disforia di genere. Adulti con disforia di genere possono mostrare concomitanti problemi di salute mentale, soprattutto disturbi d'ansia e disturbi depressivi.

Disforia di genere con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di una 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. Questa categoria viene utilizzata quando il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per la disforia di genere. Questo viene fatto registrando “disforia di genere con altra specificazione”, seguito dalla ragione specifica (es. “episodio breve”).

Disforia di genere senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di una 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. Questa categoria viene utilizzata quando il clinico sceglie di non comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per la disforia di genere.

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

Questi disturbi comprendono condizioni che comportano problemi di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti; si manifestano attraverso comportamenti che violano i diritti degli altri o che mettono l'individuo in contrasto significativo con norme sociali o figure che rappresentano l'autorità. Il capitolo comprende:

- disturbo oppositivo provocatorio
- disturbo esplosivo intermittente
- disturbo della condotta
- disturbo antisociale di personalità
- piromania
- cleptomania
- disturbi del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione/senza specificazione.

233

Anche se tutti questi disturbi comportano problemi nella regolazione emotiva e comportamentale, l'origine della differenza tra essi 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 degli altri o le principali norme sociali. Molti dei sintomi comportamentali possono essere la conseguenza di emozioni scarsamente controllate, come la rabbia. All'altro estremo, il criteri diagnostici per il disturbo esplosivo intermittente sono focalizzati in gran parte sul mancato controllo di tale emozioni, con esplosioni di rabbia che sono sproporzionate. In un punto intermedio rispetto a questi due disturbi si trova il disturbo oppositivo provocatorio, i cui criteri sono più equamente distribuiti tra emozioni e comportamenti. La piromania e la cleptomania sono diagnosi caratterizzate da scarso controllo degli impulsi relativi a specifici comportamenti messi in atto per alleviare la tensione interiore. Questi disturbi tendono tutti a essere più comuni nei maschi che nelle femmine, ed a manifestarsi per la prima volta durante l'infanzia o l'adolescenza. Questi disturbi sono stati collegati a un comune spettro associato a dimensioni di personalità definite *disinibizione e 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.

Disturbo oppositivo provocatorio

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 4 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 per il proprio cattivo comportamento

Vendicatività

234

8. è stato 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 norma 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. Per gli individui di 5 anni o più, dovrebbe verificarsi almeno una volta alla settimana per almeno 6 mesi. Va anche considerato se la frequenza e i 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, oppure a 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
- moderata: alcuni sintomi sono presenti in almeno due ambienti
- grave: alcuni sintomi sono presenti in tre o più ambienti.

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 e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del disturbo è un pattern frequente di umore collerico e irritabile, comportamento polemico, provocatorio o vendicativo (criterio A). Non è insolito per gli individui con questo disturbo mostrare le caratteristiche comportamentali senza problemi di umore negativo. I sintomi 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 diagnosi potrebbero risultare notevolmente compromessi nel loro funzionamento sociale. Dato che la pervasività dei sintomi è un indicatore della gravità del disturbo, è fondamentale che il comportamento venga valutato rispetto a più ambiti e in più situazioni relazionali. I sintomi del disturbo possono, in certa misura, manifestarsi anche in individui che non hanno questo disturbo. Per poter fare la diagnosi 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. I sintomi 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 dell'individuo con

il disturbo dalle interazioni problematiche che gli vive. Per esempio, i bambini con disturbo oppositivo provocatorio possono aver sperimentato una storia di genitorialità ostile. E' spesso impossibile determinare se il comportamento del bambino ha fatto sì che i genitori abbiano agito nei confronti del figlio in modo ostile, se l'ostilità dei genitori ha portato al comportamento problematico del bambino, o se vi sia una combinazione di entrambe le cose. Nel caso in cui il bambino viva in condizioni particolarmente disagiate, nelle quali possono verificarsi trascuratezza o maltrattamenti, l'attenzione clinica può essere utile nel ridurre il contributo ambientale.

Il disturbo 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. Il disturbo è associato a un aumentato rischio di tentativi di suicidio. La prevalenza varia da 1 a 11%. Prima dell'adolescenza, il disturbo sembra essere più frequente nei maschi che nelle femmine. I primi sintomi 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. A questo disturbo si associa anche il rischio di sviluppare disturbi d'ansia e disturbo depressivo maggiore. I sintomi di provocatori età, polemica e vendicatività comportano perlopiù il rischio di disturbo della condotta, mentre quelle riguardanti l'umore collerico e irritabile comportano il rischio di disturbi emotivi. Molti dei comportamenti associati a questo disturbo sono più frequenti durante il periodo prescolare e nell'adolescenza. Pertanto, è particolarmente importante valutare la frequenza e l'intensità di tali comportamenti rispetto ai livelli considerati normali. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: legati a problemi di regolazione emotiva, sono predittivi del disturbo.
- Fattori ambientali: nelle famiglie dei 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 è stato associato al disturbo.

Quando il disturbo persiste durante lo sviluppo, gli individui sperimentano frequenti conflitti con genitori, insegnanti, supervisori, coetanei e partner affettivi. Questi problemi spesso sfociano in danni significativi dell'adattamento emotivo, sociale, scolastico e lavorativo dell'individuo. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo della condotta: entrambi i disturbi generano problemi che portano l'individuo a entrare in conflitto con gli adulti e le figure che rappresentano l'autorità. 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 animali, la distruzione di proprietà o modalità di furto e frode. Inoltre, il disturbo oppositivo provocatorio comprende problemi della disegolazione emotiva che non sono compresi nella definizione di disturbo della condotta.
- Disturbo da deficit di attenzione e/o iperattività. Il DDAI è spesso in comorbilità con il disturbo oppositivo provocatorio. Per porre una diagnosi aggiuntiva è importante determinare che la mancanza da parte dell'individuo nel conformarsi alle richieste degli altri non avvenga solo in situazioni che impongono prolungato sforzo attentivo o la domanda di rimanere fermi.
- Disturbi depressivi e bipolari. Spesso comportano sentimenti negativi e irritabilità. 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 disegolazione dell'umore dirompente. Condivide con il disturbo oppositivo provocatorio 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.

- Disturbo esplosivo intermittente. Anche qui 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 intellettuale. In questo caso, viene posta la diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio solo se il comportamento oppositivo è nettamente maggiore di quello comunemente osservato tra individui di età mentale e con livello di gravità di disabilità intellettuale comparabile.
- Disturbo del linguaggio. Il disturbo oppositivo provocatorio deve essere distinto da un'incapacità nel seguire le indicazioni derivanti 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. Inoltre, il disturbo spesso precede un esordio di disturbo della condotta. Questi individui 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 e irritabile. Adolescenti e adulti con disturbo oppositivo provocatorio mostrano anche un più alto tasso di disturbi da uso di sostanze.

Disturbo esplosivo intermittente

Criteri diagnostici

- A. Accessi comportamentali ricorrenti che rappresentano l'incapacità di controllare gli impulsi aggressivi, come manifestato da uno dei seguenti:
 1. aggressione verbale (es. collera, invettive, discussioni o litigi) o aggressione fisica verso proprietà, animali o altre persone, che si verifica, in media, due volte la settimana per un periodo di tre 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 degenerate dalla rabbia) e non hanno lo scopo di raggiungere qualche obiettivo concreto (es. denaro, potere, intimidazione).
- D. Le ricorrenti esplosioni di aggressività causano o un disagio marcato nel individuo o la compromissione del suo funzionamento in ambito lavorativo o interpersonale, oppure sono associati 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, bipolare, da disregolazione dell'umore dirompente, psicotico, antisociale di personalità, borderline di personalità) e non sono attribuibili a un'altra condizione medica (es. trauma cranico, Alzheimer) o agli effetti fisiologici di una sostanza di abuso o farmaco.

Per una diagnosi riguardante minori di età tra i 6 e 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 impulsive esplosioni di aggressività sono superiori a quelle che solitamente sono presenti in questi disturbi e giustificano un'attenzione clinica indipendente.

237

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Nel disturbo esplosivo intermittente, le esplosioni di aggressività impulsive o generate dalla rabbia si scatenano rapidamente e, tipicamente, non hanno periodo prodromico. Solitamente durano meno di 30 minuti e si verificano in risposta a una provocazione di scarsa entità da parte di un familiare o un amico. Questi individui spesso presentano episodi meno gravi di attacchi verbali o fisici che non comportano danni, distruzione o ferite, alternati a episodi più gravi con distruzione di proprietà o aggressione fisica. Indipendentemente dalla natura dell'esplosione di aggressività impulsiva, la caratteristica principale del disturbo esplosivo intermittente è l'incapacità di controllare un comportamento aggressivo e impulsivo in risposta a ciò che viene vissuto soggettivamente come una provocazione che normalmente non scatenerebbe un'esplosione di aggressività. Le esplosioni sono generalmente impulsive, piuttosto che premeditate, e sono associate a disagio significativo o compromissione del funzionamento psicosociale. La diagnosi non deve essere posta in individui con meno di 6 anni, o in individui le cui esplosioni di aggressività sono meglio spiegate da un altro disturbo, o in individui con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente o le cui esplosioni siano attribuibili a un'altra condizione medica o agli effetti fisiologici di una sostanza. Inoltre, i minori non dovrebbero ricevere questa diagnosi quando le esplosioni di aggressività impulsive si verificano nel contesto di un disturbo dell'adattamento.

La prevalenza negli Stati Uniti è del 2,7% circa, diffuso tra gli individui più giovani e con una formazione scolastica che arriva al massimo a scuola media superiore. 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 sono persistenti e si protraggono per anni. Il decorso può essere episodico, con periodi ricorrenti di esplosioni di aggressività impulsive. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- 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 rischio maggiore di svilupparlo, e studi sui gemelli hanno dimostrato una notevole influenza genetica sull'aggressione impulsiva.

Spesso, come conseguenza funzionale del disturbo, insorgono problemi di tipo sociale, lavorativo, finanziario e legale. Per quanto riguarda la 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, o quando le esplosioni di aggressività impulsive sono attribuibili a un'altra condizione medica o agli effetti fisiologici di una sostanza o farmaco. Questa diagnosi, inoltre, non dovrebbe esser posta quando le esplosioni di aggressività impulsive si verificano nel contesto di un disturbo dell'adattamento. Inoltre, la diagnosi differenziale può essere condotta con:

- disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. È caratterizzato, contrariamente al disturbo esplosivo intermittente, da uno stato d'animo negativo che si protrae per la maggior parte della

giornata, quasi ogni giorno. Una diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente può essere posta solo quando la comparsa dei sintomi avviene prima dei 10 anni di età. Infine, non deve essere posta per la prima volta dopo i 18 anni. In caso contrario, queste diagnosi si escludono a vicenda.

- Disturbo antisociale di personalità o disturbo borderline di personalità. Questi individui presentano spesso esplosioni di aggressività ricorrenti, problematiche e impulsive. Tuttavia, in tali individui, il livello dell'aggressione è inferiore a quello degli individui con disturbo esplosivo intermittente.
- Delirium, disturbo neurocognitivo maggiore e modificazioni della personalità dovute a un'altra condizione medica, di tipo aggressivo. Non si dovrebbe porre una diagnosi di disturbo esplosivo intermittente quando i sintomi sono il risultato degli effetti fisiologici di un'altra condizione medica diagnosticabile.
- Intossicazione o astinenza da sostanze.
- 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 possono presentare esplosioni di rabbia. Le modalità aggressive, tuttavia, sono differenziabili.

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, borderline e quelli con una storia di disturbi con comportamenti dirompenti 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 appropriati all'età, che si manifesta con la presenza, nei 12 mesi precedenti, di almeno 3 dei seguenti 15 criteri in qualsiasi fra le categorie sottoindicate, con almeno 1 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
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
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

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 doveri
12. Ha rubato articoli di valore senza affrontare direttamente la vittima

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.

239

Specificare quale:

- Tipo con esordio nell'infanzia (prima dei 10 anni)
- Tipo con esordio nell'adolescenza (dai 10 anni in poi)
- Esordio non specificato (mancano informazioni per stabilire l'esordio)

Specificare se *con emozioni prosociali limitate*: deve aver mostrato in modo persistente, per almeno 12 mesi e in diversi tipi di relazioni e ambienti, almeno 2 delle seguenti caratteristiche. Queste riflettono i tipici partner di funzionamento interpersonale ed emotivo dell'individuo in un determinato periodo, non solo in eventi occasionali o in alcune situazioni. Oltre a quello che dice l'individuo, sono necessarie più fonti di informazioni di chi lo conosce da lungo periodo di tempo.

1. Mancanza di rimorso o senso di colpa, quando compie qualcosa di sbagliato.
2. Insensibilità-mancanza di empatia: disprezza ed è incurante dei sentimenti degli altri.
3. Indifferenza per i risultati: non mostra preoccupazione per lo scarso/problematico rendimento scolastico, al lavoro o in altre attività.
4. Affettività superficiale o anaffettività: non esprime sentimenti, né mostra emozioni verso 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 (es. bugie).
- Moderata: il numero dei problemi di condotta e i loro effetti sugli altri sono intermedi (es. rubare senza affrontare la vittima).
- Grave: numerosi problemi di condotta oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, oppure questi problemi causano danni notevoli agli altri (es. sesso forzato).

Sono stati previsti 3 sottotipi di disturbo della condotta, in base all'età di esordio. Nel disturbo con esordio nell'infanzia, gli individui sono di solito maschi, mostrano frequentemente aggressioni fisiche contro altri, hanno relazioni disturbate con i coetanei, 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 disturbo hanno anche un concomitante DDAI, o altri problemi del neurosviluppo. Gli individui con disturbo della condotta con esordio nell'adolescenza hanno meno probabilità di sviluppare comportamenti aggressivi e tendono ad avere un maggior numero di relazioni considerate normali con i coetanei.

Una minoranza presenta caratteristiche che li qualificano per lo specificatore "con emozioni prosociali limitate". Gli indicatori di questo gruppo sono quelli che, nella ricerca, sono stati spesso definiti "tratti insensibile e anemotivo". Altre caratteristiche, come la ricerca di emozioni, la temerarietà e l'indifferenza per

le punizioni, possono contraddistinguere gli individui con le caratteristiche descritte nello specificatore. Questi hanno maggiori probabilità di compiere aggressioni che lasciano prevedere un guadagno strumentale. Non è però facile che individui con questa specificazione ammettano, durante un colloquio clinico, di possedere tali tratti. Pertanto, per valutare i criteri per lo specificatore, sono necessarie più fonti di informazione.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

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 appropriati all'età. Questi comportamenti si inseriscono in quattro gruppi fondamentali: condotta aggressiva che causa o minaccia danni fisici ad altre persone o animali; condotta non aggressiva che causa perdita o danneggiamento della proprietà, frode o furto; gravi violazioni di regole. 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. Gli individui con disturbo della condotta sono i primi a comportarsi con aggressività e reagiscono aggressivamente nei confronti degli altri. Possono mostrare un comportamento prepotente, minaccioso o intimidatorio; dare frequentemente inizio a colluttazioni; usare un'arma che può causare seri danni fisici o essere fisicamente crudeli con persone o animali; rubare affrontando direttamente la vittima oppure obbligare un'altra persona ad attività sessuali. La violenza fisica può assumere la forma di stupro, aggressione od omicidio. La distruzione deliberata dell'altrui proprietà può comprendere l'incendio deliberato con intenzione di causare seri danni. Gli atti disonesti o il furto possono comprendere la penetrazione in abitazioni o automobili altrui; frequenti menzogne o rottura di promesse per ottenere vantaggi o per evitare debiti o doveri, o rubare articoli di valore senza affrontare direttamente la vittima. Gli individui con questo disturbo possono commettere anche gravi violazioni delle regole. I ragazzi hanno spesso l'abitudine, che inizia prima dei 13 anni di età, di stare fuori fino a tarda notte, nonostante la proibizione dei genitori. Possono anche mostrare la tendenza ad allontanarsi da casa durante la notte. 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 questo criterio. I ragazzi possono spesso marinare la scuola, iniziando prima dei 13 anni.

Gli individui aggressivi con disturbo della condotta spesso travisano le intenzioni degli altri, considerandole come più ostili e minacciose del vero, e reagendo con una aggressività che ritengono giustificata. Negli individui con questo disturbo si manifestano con frequenza maggiore tentativi di suicidio e suicidio attuato. Le stime di prevalenza vanno dal 2 a oltre il 10%. L'esordio può verificarsi anche in età prescolare, ma i primi sintomi significativi emergono di solito nel periodo tra la media infanzia e la media adolescenza. Dopo l'esordio, il decorso è variabile; alcuni individui, da adulti, recuperano del tutto 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. I sintomi variano con l'età; quelli che emergono per primi solitamente sono meno gravi, mentre quelli che emergono per ultimi sono più gravi. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamentalni. Temperamento infantile e scarsamente controllato e un'intelligenza inferiore alla media sono fattori predisponenti.
- Fattori ambientali. Comprendono il rifiuto e la trascuratezza da parte dei caregivers, pratiche educative incoerenti, abuso fisico o sessuale, mancanza di controllo, criminalità dei genitori e alcuni tipi di psicopatologia familiare (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 delinquenti e l'esposizione alla violenza del quartiere.

- Fattori genetici e fisiologici. Il rischio è maggiore nei bambini con un genitore biologico o adottivo o un fratello con disturbo della condotta. Sembra essere più comune anche nei bambini con genitori con disturbo da abuso di alcol grave, disturbi depressivi o bipolari o schizofrenia, genitori con storia di DDAI o disturbo della condotta. Sono state costantemente osservate anche differenze strutturali e funzionali nelle aree cerebrali associate alla regolazione ed elaborazione delle emozioni.

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". Per la diagnosi, inoltre, si dovrebbe porre attenzione al contesto in cui si sono verificati i comportamenti indesiderati.

Maschi con una diagnosi di disturbo della condotta manifestano spesso aggressività fisica, furto, vandalismo e problemi di disciplina scolastica. Le femmine presentano con maggiore probabilità menzogne, assenze da scuola, fughe, uso di sostanze e prostituzione. I comportamenti propri del disturbo possono portare a sospensione o espulsione dalla scuola, a problemi dell'adattamento lavorativo, difficoltà legali, malattie a trasmissione sessuale, gravidanze indesiderate e lesioni fisiche, uso di alcol, fumo, droghe e comportamenti temerari e rischiosi. Queste conseguenze del disturbo possono predire problemi di salute quando raggiungono la mezza età.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo oppositivo provocatorio. I disturbi sono entrambi legati a sintomi che portano l'individuo in conflitto con gli adulti e le altre figure che rappresentano l'autorità. I comportamenti del disturbo oppositivo provocatorio sono però di natura meno grave. Inoltre, comprendono problemi di disregolazione emotiva che non sono inclusi nella definizione di disturbo della condotta. Nel caso di compresenza, è possibile porre entrambe le diagnosi.
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Sebbene i bambini con DDAI manifestino spesso un comportamento impulsivo, esso non viola di per sé le norme sociali o i diritti degli altri.
- Disturbi depressivi e bipolari. Irritabilità, aggressività e problemi di condotta possono verificarsi in bambini e adolescenti con disturbo depressivo maggiore, bipolare o da disregolazione dell'umore dirompente. I problemi comportamentali, però, di solito sono ben distinguibili in termini di gravità. In ogni caso, possono essere poste entrambe le diagnosi.
- Disturbo esplosivo intermittente. In entrambi i disturbi è presente una elevata percentuale di aggressioni. Queste, tuttavia, negli individui con disturbo esplosivo intermittente si limitano a essere impulsive e non sono finalizzate al conseguimento di qualche obiettivo tangibile. Se sono soddisfatti i criteri per entrambi, la diagnosi di disturbo esplosivo intermittente deve essere posta solo quando le ricorrenti e improvvise esplosioni di aggressività meritano un'attenzione clinica indipendente.
- Disturbi dell'adattamento. La diagnosi dev'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.

Comorbilità: il DDAI e il disturbo oppositivo provocatorio sono entrambi comuni in individui con disturbo della condotta, e questa 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: disturbo specifico dell'apprendimento, disturbi d'ansia, depressivo o bipolare e disturbi correlati a sostanze. I risultati scolastici

sono spesso inferiori a quelli attesi in base a età e intelligenza e possono giustificare la diagnosi aggiuntiva di disturbo dell'apprendimento o di un disturbo della comunicazione.

Disturbo antisociale di personalità

E' possibile trovare i criteri riguardanti questo disturbo nel capitolo "disturbi di personalità". Dal momento che è in stretta connessione con lo spettro dei disturbi della condotta, è codificato anche qui.

242

Piromania

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.
- 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 (es. nella disabilità intellettuale).
- 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 e diagnosi differenziale

La caratteristica principale della piromania è la presenza di episodi multipli di appiccamento deliberato e intenzionale del fuoco (A). Gli individui con questo disturbo provano tensione o eccitazione emotiva prima dell'atto (B). Possono essere affascinati o attratti dal fuoco (C). Spesso sono osservatori 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, appiccare il fuoco per unirsi a loro o perfino diventare essi stessi pompieri. Provano piacere, gratificazione o sollievo quando appiccano il fuoco (D). Il fuoco non viene appiccato per 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 (E). La diagnosi non viene posta se l'appiccamento del fuoco è meglio spiegato dal disturbo della condotta, da un episodio maniacale o dal disturbo antisociale di personalità (F).

Gli individui con piromania possono fare notevoli preparativi per appicare un fuoco. Possono inoltre essere indifferenti alle conseguenze potenzialmente letali o lesive per la proprietà causate dal fuoco. I comportamenti possono comportare danneggiamento della proprietà e morte del piomane e/o di altre persone. Gli individui che appiccano fuochi in maniera impulsiva hanno spesso una storia presente o passata di disturbo da uso di alcol.

La prevalenza non è nota; il disturbo sembra essere più frequente nei maschi. Non vi sono dati sufficienti per stabilire l'età tipica di esordio, ma l'appiccamento giovanile del fuoco è di solito associato a disturbo della condotta, da deficit di attenzione/iperattività o da un disturbo dell'adattamento. La diagnosi differenziale può essere condotta con:

- Altre cause di appiccamento intenzionale del fuoco. Un incendio può essere provocato intenzionalmente a scopo di lucro, sabotaggio o vendetta, per fare una dichiarazione politica o per ottenere attenzione e ricevere riconoscimenti. Nell'infanzia, può accadere come parte della sperimentazione che accompagna lo sviluppo.
- Altri disturbi mentali. Diagnosi di piromania non viene posta se sono presenti: disturbo della condotta, episodio maniacale, disturbo antisociale di personalità, deliri e allucinazioni, disabilità intellettiva o intossicazione da sostanze.

Comorbilità: elevata 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

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 e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale è la ricorrente incapacità di resistere all'impulso di rubare oggetti anche se non ce n'è bisogno per l'uso personale o per il loro valore (A). Prima del furto, l'individuo avverte una crescente sensazione di tensione (B); dopo averlo commesso, prova piacere (C). Il furto non viene commesso per esprimere rabbia o vendetta, né come conseguenza di un delirio o allucinazione (D) e non è meglio spiegato da un disturbo della condotta, da un episodio maniacale o dal disturbo antisociale di personalità (E). L'individuo, dunque, ruba oggetti di scarso valore, che avrebbe potuto acquistare, e li dà via o li getta. Occasionalmente può ammucchiarsi o restituirli di nascosto. Sebbene evitino di rubare quando l'arresto immediato sarebbe probabile, essi di solito non programmano i furti. Tentano tipicamente di resistere all'impulso di rubare e sono consapevoli del fatto che si tratta di un'azione sbagliata e priva di senso. Frequentemente hanno il timore di essere arrestati e si sentono depressi o in colpa per i furti commessi.

La cleptomania si presenta nel 4-24% circa degli individui arrestati per taccheggio. Le femmine superano i maschi in un rapporto di 3:1. L'età di insorgenza è variabile, ma il disturbo inizia nell'adolescenza. Tra i fattori di rischio e prognosi, abbiamo fattori genetici e fisiologici: i parenti di primo grado degli individui con cleptomania possono presentare un tasso più elevato di disturbo ossessivo-compulsivo e di disturbi da uso di sostanze.

Il disturbo può causare difficoltà legali, familiari, di carriera e personali. La diagnosi differenziale può essere condotta con:

- Furto comune. La cleptomania va distinta da un comune furto, deciso e motivato in base all'utilità o al valore dell'oggetto.
- Simulazione. Alcuni individui possono simulare cleptomania per evitare condanne penali.

- Disturbo antisociale di personalità e disturbo della condotta. Vengono distinti dalla cleptomania in base a un generale pattern di comportamento antisociale.
- Episodi maniacali, psicotici e disturbo neurocognitivo maggiore. La cleptomania dovrebbe essere distinta da furti intenzionali o involontari che possono avvenire durante episodi di questi disturbi.

Comorbilità: la cleptomania può essere associata all'acquisto compulsivo e a disturbi depressivi e bipolari, d'ansia, dell'alimentazione, della personalità, da uso di sostanze ed altri disturbi del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta.

244

Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica suddetta. La categoria viene usata quando il clinico sceglie di comunicare la ragione per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per uno di questi disturbi. Questo viene fatto registrando “Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione” seguito dalla ragione specifica (es. “ricorrenti esplosioni comportamentali di frequenza insufficiente”).

Disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica suddetta. La categoria viene usata quando il clinico sceglie di non comunicare la ragione per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per uno di questi disturbi, e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction

I disturbi correlati a sostanze comprendono 10 classi distinte di sostanze:

- Alcol
- Caffeina
- Cannabis
- Allucinogeni
- Inalanti
- Oppiacei
- Sedativi
- Ipnotici e ansiolitici
- Stimolanti
- Tabacco
- Altre sostanze

245

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. 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 attivano sistemi di ricompensa simili a quelli attivati dalla sostanze di abuso e producono alcuni sintomi comportamentali che sembrano comparabili a quelli prodotti dai disturbi da uso di sostanze. Gruppi di comportamenti ripetitivi, da cui il termine di dipendenze comportamentali, con sottocategorie come dipendenza dal sesso, da esercizio fisico o da acquisti non sono compresi, perché allo stato attuale non vi è sufficiente letteratura basata sulle evidenze per stabilire criteri diagnostici e descrizione di decorso necessari per identificare questi comportamenti come disturbi mentali.

Disturbi da uso di sostanze

La caratteristica essenziale 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 ad essa. La diagnosi di disturbo da uso di sostanze può essere applicata a tutte le 10 classi comprese in questo capitolo, eccetto la caffeina. Una caratteristica importante è un cambiamento sottostante nei circuiti cerebrali, che può persistere anche dopo la disintossicazione. Gli effetti comportamentali di questi cambiamenti cerebrali si manifestano nelle ripetute ricadute e in un intenso craving (desiderio persistente e irresistibile per una determinata sostanza), quando gli individui vengono esposti a stimoli correlati a quel tipo di sostanza. 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. L'individuo può assumere la sostanza in quantitativi maggiori o per lunghi periodi, più di quanto fosse nelle sue intenzioni. 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. L'individuo può impiegare una grande quantità di tempo per procurarsi la sostanza, per usarla o per ristabilirsi dai suoi effetti. In certi casi, tutte le attività quotidiane ruotano intorno alla sostanza. Il craving si manifesta con un desiderio intenso o irresistibile per la sostanza. La compromissione sociale è il secondo raggruppamento di criteri. L'uso ricorrente può causare il fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola o a

casa. L'individuo può continuare a usare la sostanza nonostante abbia persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative possono essere abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza. 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. Può assumere la forma dell'uso ricorrente in situazioni nelle quali è pericoloso. L'individuo può continuare a usare la sostanza nonostante riconosca di avere problemi fisici o psicologici persistenti o ricorrenti, causati dalla sostanza stessa. I criteri farmacologici sono l'ultimo raggruppamento. La tolleranza 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. L'astinenza 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 prolungato uso della sostanza.

Questi disturbi si verificano con un ampio margine di gravità, da lieve a grave, a seconda del numero di criteri manifestati. La categoria dei disturbi indotti da sostanze comprende: intossicazione, astinenza e altri disturbi mentali indotti da sostanze /farmaci.

Intossicazione e astinenza da sostanze

La caratteristica essenziale è lo sviluppo di una sindrome reversibile specifica per una sostanza, dovuta all'assunzione recente della sostanza. I problemi comportamentali clinicamente significativi o i cambiamenti psicologici associati all'intossicazione sono attribuibili agli effetti fisiologici della sostanza sul sistema nervoso centrale, e si sviluppano durante o subito dopo l'uso della sostanza. I sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale. 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.

I criteri di astinenza per una sostanza sono compresi all'interno delle sezioni specifiche di ogni disturbo. La caratteristica essenziale è lo sviluppo di un cambiamento comportamentale problematico dovuto alla sostanza, con aspetti fisiologici e cognitivi concomitanti, dovuti alla cessazione o alla riduzione dell'uso pesante e prolungato di una sostanza. La maggior parte degli individui con astinenza prova un desiderio intenso di assumere nuovamente la sostanza per ridurre i sintomi. Le vie di somministrazione che producono un assorbimento più rapido ed efficiente nel circolo ematico rendono l'intossicazione più intensa e maggiore probabilità di un uso della sostanza con pattern di aumento progressivo, che conduce all'astinenza. Le sostanze ad azione breve tendono ad avere un maggior potenziale per lo sviluppo di astinenza rispetto a quelle con durata 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 tra la cessazione dell'uso della sostanza e l'esordio dei sintomi di astinenza e più sarà lunga la durata dell'astinenza. Le analisi di laboratorio possono aiutare a determinare l'uso recente e le specifiche sostanze coinvolte.

Gli individui di età compresa tra i 18 e i 24 anni hanno tassi di prevalenza relativamente alti per l'uso di qualsiasi possibile sostanza.

Disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci

Sono disturbi potenzialmente gravi, solitamente temporanei, ma qualche volta persistono come sindrome del sistema nervoso centrale e 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 problemi

significativi ad essa correlati. I disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci possono essere indotti dalle 10 classi di sostanze che producono i disturbi da uso di sostanze e da una grande varietà di farmaci usati nei trattamenti medici. Questi disturbi condividono caratteristiche comuni:

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 da 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;
2. La sostanza o il farmaco coinvolti sono in grado di produrre il disturbo mentale.

C. Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo mentale indipendente, cioè non indotto da sostanze. Tale evidenza può comprendere quanto segue:

3. Il disturbo ha preceduto l'esordio di una intossicazione grave o di astinenza o di esposizione al farmaco, oppure
4. Il disturbo mentale completo è stato persistente per un sostanziale periodo di tempo (almeno 1 mese) dopo la cessazione di un'astinenza acuta o intossicazione grave. Questo non si applica ai disturbi che perdurano anche oltre la cessazione dell'intossicazione o dell'astinenza (es. disturbo percettivo persistente da allucinogeni).

D. Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il decorso di un delirium.

E. Il disturbo causa un disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento lavorativo, sociale o altre aree importanti.

Si possono fare alcune generalizzazioni rispetto alle categorie di sostanze in grado di produrre disturbi mentali indotti da sostanze clinicamente rilevanti. Generalmente, le sostanze più sedanti possono produrre disturbi depressivi clinicamente significativi durante l'intossicazione, mentre condizioni d'ansia sono più associate alle sindromi di astinenza. Le sostanze stimolanti (es. cocaina) sono associate a disturbi psicotici o d'ansia indotti da sostanze, con episodi depressivi maggiori durante l'astinenza. Entrambi i gruppi di sostanze aggravano i disturbi del sonno. Le condizioni indotte da farmaci comprendono complicazioni neurocognitive da anestetici, antistaminici, antipertensivi e da un'ampia varietà di sostanze tossiche (es. insetticidi). Alterazioni dell'umore temporanee ma gravi possono essere osservate con l'utilizzo di steroidi, disulfiram ecc.

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 viene più facilmente individuata quando è preesistente all'intossicazione.

I disturbi mentali indotti da sostanze si sviluppano nel contesto di intossicazione o astinenza, mentre quelli indotti da farmaci sono stati osservati sia con farmaci prescritti che con farmaci da banco, assunti nelle dosi suggerite. Entrambi le condizioni sono solitamente temporanee e scompaiono nell'arco di circa 1 mese dalla cessazione dell'astinenza acuta. Alcuni individui sono più portati a sviluppare disturbi indotti da specifiche sostanze e altri meno. Questa classe di disturbi è importante per le diagnosi differenziali; 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.

Le stesse conseguenze correlate al relativo disturbo mentale indipendente (es. tentativi di suicidio) si possono applicare ai disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci, ma questi ultimi tendono a scomparire dopo 1 mese dall'astinenza.

Disturbi correlati all'alcol

248

- 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
 - b. L'alcol (o una sostanza correlata, come una benzodiazepina) viene assunto per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

Specificare se:

- In remissione precoce, se nessuno dei criteri è stato soddisfatto per almeno 3 mesi, ma meno di 12 mesi.
- In remissione protracta, se nessuno dei criteri è stato mai soddisfatto per 12 mesi o più.
- In ambiente controllato, se l'individuo si trova in un ambiente con limitato accesso all'alcol.

Gravità attuale:

- Lieve: presenza di 2-3 sintomi
- Moderata: 4-5 sintomi
- Grave: 6 o più sintomi.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il disturbo da uso di alcol è definito da un cluster di sintomi comportamentali e fisici, che possono comprendere astinenza, tolleranza e craving. I sintomi astinenziali si verificano dopo circa 4-12 dalla riduzione dell'assunzione, successiva a una prolungata e pesante ingestione di alcol. Gli individui possono continuare ad assumerlo, nonostante le conseguenze negative, per evitare i sintomi astinenziali. Il craving è indicato da un forte desiderio di bere che rende difficile pensare a qualsiasi altra cosa, e che spesso si risolve nel ricominciare a bere. Il rendimento scolastico o lavorativo può risentire dei postumi del bere o di un'attuale intossicazione a scuola o sul lavoro. L'individuo può inoltre usare l'alcol in circostanze pericolose, e nonostante ponga significativi problemi fisici, psicologici, sociali o interpersonali.

Il disturbo è spesso associato a problemi simili a quelli associati ad altre sostanze. L'alcol può essere utilizzato per attenuare gli effetti indesiderati di queste. L'assunzione ripetuta di elevate dosi di alcol può colpire quasi ogni apparato organico. Gli effetti comprendono gastrite, ulcera, cirrosi epatica e pancreatite. Una delle condizioni più comuni è l'ipertensione che, assieme ad elevati tassi di colesterolo, contribuiscono ad un elevato rischio di cardiopatia. Effetti più persistenti comprendono deficit cognitivi, grave compromissione della memoria e modificazioni degenerative del cervelletto. Un effetto devastante è la sindrome di Wernicke-Korsakoff, nel quale la capacità di generare nuovi ricordi è gravemente compromessa. Infine, il disturbo da uso di alcol è un importante contributo al rischio di suicidio.

E' molto probabile che il primo episodio di intossicazione da alcol si verifichi tra i 15 e i 17 anni. La grande maggioranza degli individui che poi sviluppa il disturbo ha all'incirca 30 anni. Il decorso è variabile, frequentemente caratterizzato da periodi di remissioni e riacute. La decisione di smettere di bere, spesso in risposta a una crisi, tende ad essere seguita da un periodo di astinenza, a sua volta seguito da periodi limitate di bevute controllate. 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. Tuttavia, i casi più gravi e definiti "intrattabili" rappresentano solo una piccola percentuale di individui con questo disturbo. Il decorso tipico è più promettente.

Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori ambientali: predisposizioni culturali al bere e all'intossicazione, disponibilità di alcol, livelli di stress.
- Fattori genetici e fisiologici: il disturbo investe le famiglie, con il 40-60% di variabilità del rischio spiegato da fattori genetici. L'alta vulnerabilità è associata a una schizofrenia preesistente o a un disturbo bipolare.
- Modificatori del decorso: alti livelli di impulsività sono associati a un esordio precoce e ad un disturbo più grave.

Nella maggior parte delle culture, l'alcol è la sostanza intossicante più utilizzata e contribuisce considerevolmente alla morbilità e alla mortalità. I maschi hanno tassi di bevute e disturbi correlati più alti rispetto alle femmine. Tuttavia, poiché le donne metabolizzano meno l'alcol a livello di esofago e stomaco, hanno più probabilità di sviluppare tassi elevati di alcol nel sangue per drink, rispetto ai maschi, risultando quindi più vulnerabili.

Per quanto riguarda i marker diagnostici, esistono questionari standardizzati e indicatori ematici. L'esame più diretto disponibile è la misurazione dei livelli di alcol nel sangue, utile anche per misurare la tolleranza.

In conseguenza a questo disturbo, diverse aree vengono compromesse: ad es. la capacità di guidare, l'utilizzo di macchinari a lavoro, le relazioni interpersonali e la salute fisica. Inoltre, il disturbo è associato a un aumento significativo di rischio di incidenti, violenza e suicidio.

La diagnosi differenziale può essere condotta con:

- Uso non patologico dell'alcol: bere, anche ogni giorno, in piccole dosi e/o un'intossicazione occasionale non determinano la diagnosi.
- Disturbo da uso di sedativi, ipnotici, ansiolitici: i due disturbi devono essere distinti, avendo effetti simili.
- Disturbi della condotta nell'infanzia e disturbo antisociale in età adulta: poiché queste diagnosi sono associate a un esordio precoce di disturbo da uso di alcol, e ad una prognosi infausta, è importante definire entrambe le condizioni.

Comorbilità: i disturbi bipolari, la schizofrenia, il disturbo antisociale di personalità sono associati a un marcato aumento del tassi di disturbo da uso di alcol e vari disturbi d'ansia e depressivi possono ugualmente essere legati a questo disturbo. Una grave e ripetuta intossicazione può anche sopprimere i meccanismi immunitari, predisponendo gli individui a infezioni e all'aumentato rischio di cancro.

Intossicazione da alcol

Criteri diagnostici

- A. Recente ingestione di alcol.
- B. Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici 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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale è la presenza di comportamenti problematici clinicamente significativi o di cambiamenti psicologici (es. comportamento sessuale inappropriato o aggressivo, labilità dell'umore, capacità critica compromessa...) 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 (es. chetoacidosi diabetica), non sono il riflesso di un delirium e non sono correlati ad intossicazione da altre sostanze (es. benzodiazepine). I livelli di mancata coordinazione possono interferire con la capacità di guida e le prestazioni lavorative, fino al punto di causare incidenti. Evidenze possono essere ottenute annusando l'alito dell'individuo, stimolando il racconto dell'accaduto o prelevando campioni di espirato, sangue, urine per le analisi tossicologiche.

L'intossicazione è qualche volta associata ad amnesia per gli eventi (blackout), fenomeno correlato alla presenza di elevati tassi di alcol nel sangue. Un'evidenza di intossicazione da alcol lieve può essere osservata nella maggior parte degli individui approssimativamente dopo due drink (un drink standard corrisponde a circa 10-12gr di etanolo, che corrispondono ad una concentrazione di alcol nel sangue di circa 20mg/dL). Quando i livelli di alcol si alzano nel sangue, i sintomi spesso comprendono loquacità, sensazione di benessere, umore brillante ed espansivo,. Successivamente, l'individuo tende a diventare progressivamente più depresso, introverso e compromesso a livello cognitivo. A livelli molto elevati, un individuo che non ha sviluppato tolleranza tende ad addormentarsi e a entrare in un primo stadio di anestesia. Livelli superiori (es. oltre i 300-400mg/dL) possono causare inibizione del respiro e della pressione, fino al decesso in individui non tolleranti. In generale, il corpo è in grado di metabolizzare un drink ogni ora, così che il livello di alcol nel sangue diminuisce. I sintomi di intossicazione sono più intensi quando il livello di alcol nel sangue sale rispetto a quanto riesce a scendere.

L'intossicazione da alcol è un contributo importante al comportamento suicidario. Negli USA, l'età media della prima intossicazione è intorno ai 15 anni, con prevalenza maggiore tra i 18 e i 25 anni. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: episodi di intossicazione aumentano in soggetti con tratti di personalità improntati alla ricerca di sensazioni e all'impulsività.
- Fattori ambientali: episodi di intossicazione aumentano in ambienti con forti bevitori.

Una delle principali questioni che attraversa le varie culture riguarda l'uso di alcol in generale. Ad es. gruppi di pari possono incoraggiare l'intossicazione da alcol. Questa condizione è frequente anche in certe date (es. Capodanno) dal significato culturale, e per alcuni sottogruppi durante eventi particolari (es. veglie funebri).

Per quanto riguarda i marker diagnostici, l'intossicazione viene rilevata osservando il comportamento e annusando l'alito.

Negli USA, questa condizione contribuisce ogni anno a più di 30.000 morti correlate all'alcol. In aggiunta, vi sono costi enormi associati alla guida in stato d'ebbrezza, perdita di produttività, litigiosità personale e scontri fisici.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altre condizioni mediche. Es. acidosi diabetica, atassia cerebellare, sclerosi multipla.
- Intossicazione da sedativi, ipnotici, ansiolitici. La differenziale richiede di osservare i livelli di alcol nell'espirato e nel sangue.

Comorbilità: intossicazione da altre sostanze, specie in individui con disturbo della condotta o 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 (es. sudorazione o frequenza del polso maggiore di 100bpm)
 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.

252

Specificare se *con alterazioni percettive*: nei rari casi in cui le allucinazioni si verificano con un esame di realtà integro, o in assenza di delirium. In questo caso, dovrebbe anche essere considerata una diagnosi di disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale 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). I sintomi causano disagio significativo e compromissione di aree importanti (C). I sintomi non vanno attribuiti ad altra condizione medica, e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (es. ansia generalizzata) (D). I sintomi possono essere attenuati somministrando alcol o benzodiazepine (es. diazepam). Essi iniziano quando le concentrazioni di alcol nel sangue rapidamente declinano, dopo l'interruzione dell'uso di alcol. I sintomi hanno solitamente un picco d'intensità durante il secondo giorno di astinenza, e migliorano marcatamente il quarto e quinto giorno. Tuttavia, i sintomi di ansia, insonnia e disfunzione autonomica possono persistere per 3-6 mesi. Meno del 10% degli individui con astinenza da alcol svilupperà sintomi drammatici (es. gravi tremori, delirium...). Convulsioni tonico-cloniche si verificano in meno del 3% degli individui.

Durante l'astinenza da alcol può verificarsi delirium da astinenza; in questo caso è probabile vi sia una condizione medica rilevante presente, es. una insufficienza epatica, polmonite ecc.

Si stima che il 50% di individui altamente funzionanti con disturbo da uso di alcol non abbia mai fatto esperienza di una sindrome da astinenza da alcol completa. L'astinenza è relativamente rara in individui al di sotto dei 30 anni, e il rischio e la gravità aumentano con l'età.

Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo i fattori ambientali: la probabilità di sviluppare astinenza da alcol aumenta con la quantità e la frequenza del consumo di alcol. Vi sono rischi elevati per gli individui che hanno condizioni mediche concomitanti, quelli con storia familiare di astinenza da alcol, quelli con precedenti astinenze e quelli che consumano sostanze sedative, ipnotiche o ansiolitiche.

Tra i marker diagnostici, l'iperattività autonomica e una storia di bevute pesanti e prolungate indicano la probabilità della diagnosi. 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. La diagnosi differenziale può essere condotta con:

- Altre condizioni mediche: i sintomi di astinenza possono essere simulati da alcune condizioni mediche come tremore essenziale, ipoglicemia e chetoacidosi diabetica.
- Astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Comorbilità: l'astinenza si verifica più probabilmente con assunzione di alcol più pesante e può essere osservata più spesso in individui con disturbo della condotta e antisociale di personalità. La gravità aumenta in anziani, dipendenti da altre sostanze o individui con precedenti esperienze di astinenza.

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:

- Disturbo psicotico indotto da alcol
- Disturbo bipolare indotto da alcol
- Disturbo depressivo indotto da alcol
- Disturbo d'ansia indotto da alcol
- Disturbo del sonno indotto da alcol
- Disfunzione sessuale indotta da alcol
- Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve indotto da alcol
- Delirium da intossicazione o da astinenza da alcol

I profili dei sintomi per una condizione indotta da alcol ricordano i disturbi mentali indipendenti, con la differenza che è probabile osservare un miglioramento, anche senza un trattamento formale, entro giorni o settimane dopo la cessazione dell'intossicazione/astinenza. Ciascun disturbo mentale indotto da alcol è elencato nella sezione diagnostica relativa. Essi devono essere stati sviluppati nel contesto di una grave intossicazione o astinenza dalla sostanza in grado di causare un disturbo mentale. Inoltre, deve esservi evidenza che il disturbo non sia meglio spiegato da un altro disturbo mentale, non indotto da alcol (es. condizione preesistente). Quando i sintomi vengono osservati nel corso di un delirium, non vanno diagnosticati separatamente. Il disturbo deve inoltre essere clinicamente rilevante, causando significativi livelli di disagio. 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 o astinenza grave. Mentre i sintomi sono identici a quelli dei disturbi mentali indipendenti, e possono avere le stesse gravi conseguenze, tutte le sindromi indotte da alcol tendono a migliorare in modo relativamente veloce. Questi disturbi sono infine molto rilevanti per le diagnosi differenziali per le condizioni mentali indipendenti, non indotte da alcol, che hanno bisogno di trattamenti molto più lunghi.

Disturbo correlato all'alcol senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato all'alcol, che causa disagio significativo e compromissione del funzionamento, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato all'alcol, 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

254

Criteri diagnostici

- A. Recente consumo di caffeina (tipicamente in dosi elevate ben oltre i 250mg).
- 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. Insomnia
 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 e diagnosi differenziale

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, sostanze per la perdita di peso e cioccolato. Essa, inoltre, è sempre più utilizzata come additivo per vitamine e prodotti alimentari. I sintomi possono verificarsi in dosi basse (es. 200mg) in individui vulnerabili quali i bambini, gli anziani o individui che non sono mai stati precedentemente esposti all'azione della caffeina. Sintomi che generalmente compaiono a livelli superiori di 1g/die comprendono contratture muscolari, flusso incoerente di pensiero ed eloquio, tachicardia o aritmia cardiaca, periodi di resistenza alla fatica e agitazione psicomotoria. I segni o sintomi devono causare disagio clinicamente significativo, e non essere attribuibili ad altri disturbi o condizioni mediche (C,D). Con alte dosi di caffeina possono verificarsi lievi disturbi a carico del sensorio (es. flash luminosi), aumento della frequenza cardiaca, cefalee, irrequietezza, sudorazione, vampate al volto, aumento della motilità intestinale ecc. I livelli di caffeina nel sangue possono fornire informazioni importanti per la conferma della diagnosi. I sintomi di intossicazione di solito si risolvono entro il primo giorno o quasi, e non sono conosciute conseguenze durature. Tuttavia, individui che consumano dosi molto elevate (5-10g/die) richiedono un'attenzione medica immediata, poiché simili dosi possono essere letali. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori ambientali: l'intossicazione viene osservata spesso tra gli individui che assumono caffea meno frequentemente o che hanno recentemente aumentato la loro assunzione. Inoltre, i contraccettivi orali diminuiscono significativamente l'eliminazione della caffea, aumentando il rischio di intossicazione.
- Fattori genetici e fisiologici: possono influenzare il rischio di intossicazione.

La compromissione funzionale può avere conseguenze gravi e dosi elevate possono essere fatali. In alcuni casi, l'intossicazione può precipitare in un disturbo indotto da caffea. La diagnosi differenziale può essere eseguita con:

- Altri disturbi mentali: l'intossicazione da caffea può essere caratterizzata da sintomi (es. attacchi di panico) che ricordano i disturbi mentali primari.
- Altri disturbi indotti da caffea: la relazione temporale tra i sintomi e l'aumento dell'uso di caffea o l'astinenza da caffea aiuta a stabilire la diagnosi.

Comorbilità: le dosi dietetiche tipiche di caffea non sono state associate a problemi medici. Tuttavia, un uso pesante può causare o esacerbare ansia e sintomi somatici, inclusa sofferenza gastrointestinale. Con dosi elevate, le crisi epilettiche e le difficoltà respiratorie possono causare la morte. L'uso eccessivo di caffea è associato a disturbi depressivi, bipolari, dell'alimentazione, psicotici, del sonno e correlati a sostanze.

Astinenza da caffea

Criteri diagnostici

- A. Uso quotidiano prolungato di caffea.
- B. Brusca cessazione o riduzione dell'uso di caffea, 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 (es. emicrania) e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione o astinenza da altra sostanza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale è la presenza di una sindrome da astinenza specifica, come indicato dai suddetti criteri. La cefalea è il caratteristico segno distintivo dell'astinenza da caffea e può essere diffusa, con palpazioni, e aggravarsi con il movimento. La probabilità e la gravità aumentano con l'aumentare delle dosi assunte. I sintomi possono manifestarsi quando all'individuo viene richiesto di astenersi dal consumo di cibi e bevande in vista di controlli o esami medici, o quando la caffea non viene assunta a causa di cambiamenti della routine (es. durante viaggi). L'astinenza si è mostrata in associazione a compromissione delle performance comportamentali e cognitive, causando anche una riduzione nella motivazione professionale e una diminuita socializzazione. I sintomi, di solito, iniziano 12-24h dopo l'ultima dose di caffea e il picco si manifesta dopo 1-2 giorni di astinenza. I sintomi durano 2-9 giorni, con cefalee da astinenza possibili fino a

21 giorni dopo. I sintomi si risolvono rapidamente con una nuova ingestione di caffeina. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: è stato osservato un uso pesante di caffeina tra gli individui con disturbi mentali, che sono quindi più a rischio.
- Fattori ambientali: la non disponibilità di caffeina è un rischio ambientale per sintomi di astinenza incipienti (es. in ospedale).
- Fattori genetici e fisiologici: sembrano aumentare la vulnerabilità.
- Modificatori del decorso: i sintomi di solito si risolvono entro 30-60 minuti dalla riesposizione alla caffeina. Dosi significativamente inferiore di quelle quotidianamente assunte possono essere sufficienti per prevenire o attenuare i sintomi astinenziali.

I sintomi possono variare da lievi a estremi, causano a volte compromissione funzionale nelle normali attività quotidiane, causando incapacità di lavorare, di fare esercizio fisico, di alzarsi dal letto, badare ai bambini, partecipare a eventi sociali ecc. Le cefalee da astinenza vengono descritte come “le peggiori mai provate”.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con altri disturbi medici ed effetti collaterali medici: l'astinenza da caffeina può imitare l'emicrania e altri disturbi céfalgici, malattie virali, tensione, stati di astinenza da altre sostanze ecc. La diagnosi va quindi basata sulle quantità assunte, l'esordio dei sintomi e le caratteristiche cliniche manifestate dall'individuo.

Comorbilità: l'astinenza da caffeina può essere associata a disturbo depressivo maggiore, d'ansia generalizzata, di panico, antisociale di personalità, da uso di alcol, cannabis o cocaina.

Altri disturbi indotti da caffeina

Sono disturbi che vengono descritti nei capitoli insieme ai disturbi coi quali condividono la fenomenologia:

- Disturbo d'ansia indotto da caffeina
- Disturbo del sonno indotto da caffeina.

Disturbo correlato alla caffeina senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato alla caffeina, che causa disagio significativo e compromissione del funzionamento, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato alla caffeina, 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

257

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.
 - b. La cannabis (o una sostanza strettamente correlata) viene assunta per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

Specificare se:

- In remissione precoce: a seguito di una precedente soddisfazione dei criteri per il disturbo, nessuno dei criteri per il disturbo viene soddisfatto per almeno 3 mesi, ma meno di 12 mesi.
- In remissione protratta: a seguito di una precedente soddisfazione dei criteri per il disturbo, nessuno dei criteri per il disturbo viene soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più.
- In ambiente controllato: se l'accesso alla cannabis è limitato.

Specificare la gravità attuale:

- Lieve, con presenza di 2-3 sintomi
- Moderata, con presenza di 4-5 sintomi
- Grave, con presenza di 6 o più sintomi.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Nel tempo, la cannabis ha accumulato molte denominazioni (erba, spinello, marijuana, grass, weed, dope, ganja). Un estratto concentrato della pianta comunemente usato è l'hashish. Cannabis è il generico termine scientifico per le sostanze psicoattive derivate dalla pianta di cannabis. Le formulazioni orali sintetiche (pillole, capsule) sono disponibili su prescrizione per un certo numero di indicazioni mediche (es. nausea e vomito causate da chemioterapia). 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. La potenza della cannabis, espressa in termini di concentrazione di THC, varia notevolmente a seconda della sostanza. Essa viene assunta utilizzando pipe, sigarette, carta di sigari, talvolta ingerita oralmente o mescolata al cibo. Recentemente sono stati messi a punto dispositivi attraverso cui vaporizzarla, producendo 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. La tolleranza è stata riferita in utilizzatori frequenti. Una brusca cessazione dell'uso quotidiano, inoltre, causa una sindrome di astinenza comprendente irritabilità, rabbia o aggressività, ansia, umore depresso, irrequietezza, disturbi del sonno, diminuzione dell'appetito. Può causare dunque disagio significativo e contribuire a generare difficoltà nella cessazione dell'uso, o ricadute tra coloro che tentano di astenersene.

Gli individui con disturbo da uso di cannabis possono farne uso durante l'intero arco della giornata, passando così parecchie ore al giorno sotto la sua influenza. Altri possono usarla meno di frequente, ma l'uso causa loro problemi ricorrenti correlati alla famiglia, alla scuola, al lavoro o ad altre attività importanti. L'uso periodico e l'intossicazione possono influenzare negativamente il comportamento e il funzionamento cognitivo, interferendo con il rendimento lavorativo e scolastico ed esponendo l'individuo a maggior rischio fisico durante l'esecuzione di attività pericolose (guidare un'auto, praticare uno sport...). Discussioni con il partner o i genitori possono avere un impatto negativo sul funzionamento interpersonale. Da ultimo, gli individui con questo disturbo possono continuare a far uso di cannabis nonostante evidenti problemi fisici e/o psicologici associati al suo utilizzo.

L'utilizzo per circostanze mediche deve ovviamente essere considerato in fase diagnostica.

Gli individui che regolarmente consumano cannabis riferiscono che è stata usata per far fronte a problemi di umore, sonno, dolore o altri problemi fisiologici o psicologici. 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 (provare euforia, dimenticare i problemi, contrastare la rabbia o come gradevole attività sociale). Molti individui che fanno uso di cannabis diverse volte al giorno per le summenzionate ragioni, non percepiscono se stessi come individui che trascorrono un'eccessiva quantità di tempo sotto l'influenza della cannabis, o impegnati a recuperarla. Un marker importante per la diagnosi è l'uso continuato, nonostante un rischio di conseguenze negative per attività o relazioni. Altri marker comprendono manifestazioni come occhi rossi, ingiallimento della punta delle dita, tosse cronica, craving esagerato per cibi specifici, in orari anche inusuali del giorno e della notte.

I cannabinoidi sono le sostanze psicoattive più ampiamente utilizzate in tutto il mondo. La prevalenza negli USA è del 3,4% tra i 12 e 17 anni e dell'1,5% dai 18 in su. L'esordio del disturbo può verificarsi in qualunque momento durante l'adolescenza o successivamente. La maggior parte degli individui riporta un pattern di uso della cannabis progressivamente maggiore, sia in frequenza che in quantità. La cannabis, insieme a tabacco ed alcol, è tra le prime sostanze che gli adolescenti provano. Alcuni percepiscono il suo utilizzo come meno dannoso rispetto all'uso di alcol e tabacco, e questo contribuisce all'aumento dell'uso. Inoltre, l'intossicazione tipicamente non causa una compromissione cognitiva e comportamentale grave, come invece può accadere con l'alcol, e questo può aumentare la probabilità di un uso ancor più frequente. Questi fattori tendono a contribuire alla potenzialmente rapida transizione da uso di cannabis a disturbo da uso di cannabis e al comune pattern di uso durante la giornata, sintomo di una condizione più grave.

Il disturbo da uso di cannabis 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 un uso continuato, nonostante evidenti problemi correlati alla disapprovazione dell'uso da parte di altri (pari, genitori...) che espone il giovane anche a rischio di conseguenze fisiche o comportamentali. Nei casi più gravi, vi è una progressione a uso durante tutto l'arco della giornata, che causa compromissione grave.

Tra gli utilizzatori adolescenti, tipicamente si osservano cambiamenti nella stabilità dell'umore, nel livello di energia e nei pattern di alimentazione. I problemi correlati alla scuola sono comunemente associati a un disturbo da uso di cannabis negli adolescenti, con un drastico calo del profitto, assenze ingiustificate e ridotto interesse per le attività scolastiche e, in generale, per i risultati.

Tra gli utilizzatori adulti, il disturbo comporta pattern ben stabiliti di uso quotidiano che continuano nonostante evidenti problemi psicosociali o medici. Molti adulti hanno fatto esperienza di un desiderio ripetuto di smettere, o hanno fallito nei tentativi di interrompere l'assunzione. I casi più lievi sono quelli in cui l'uso non è frequente o pesante ma permane, nonostante le conseguenze potenzialmente significative di un uso prolungato.

Un esordio precoce (es. prima dei 15 anni) è un vigoroso fattore predittivo dello sviluppo del disturbo da uso di cannabis ed altri disturbi durante la prima età adulta. Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: 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. Altri comprendono disturbi di esternalizzazione o internalizzazione durante infanzia e adolescenza. I giovani con alto punteggio di disinibizione comportamentale mostrano un esordio precoce dei disturbi da uso di sostanze.
- Fattori ambientali: fallimenti scolastici, fumo di tabacco, situazione familiare instabile o violenta, uso di cannabis tra membri della famiglia, storia di disturbi da uso di sostanze, status socioeconomico basso sono tutti fattori di rischio per questo disturbo.
- Fattori genetici e fisiologici: le influenze genetiche contribuiscono tra il 30 e l'80% allo sviluppo di questo disturbo.

I test biologici, come marker diagnostici, sono utili per determinare se un individuo abbia recentemente fatto uso di cannabis (es. esame delle urine specifico).

Le conseguenze funzionali del disturbo 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 sembra essere compromessa, e questa relazione si rivela essere dose-

dipendente e può contribuire a creare problemi a casa, sul lavoro, a scuola e in generale nel rendimento. Similmente, i problemi associati alla cannabis nelle relazioni sociali sono comunemente riferiti tra coloro che fanno uso abituale. Sono oggetto di preoccupazione anche gli incidenti dovuti all'adozione di comportamenti potenzialmente pericolosi, es. guidare, fare sport ecc. il fumo di cannabis contiene inoltre alti livelli di composti cancerogeni, che espongono gli utilizzatori abituali a rischi simili a quelli 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, es. schizofrenia e altri disturbi psicotici.

260

La diagnosi differenziale può essere condotta con:

- Uso non problematico della cannabis: può essere difficile fare la distinzione tra le due modalità di utilizzo, poiché i problemi sociali, comportamentali e psicologici difficilmente possono essere attribuibili alla sostanza. Inoltre, la negazione di un utilizzo pesante della sostanza e l'attribuzione del fatto che essa sia correlata o causi problemi sostanziali sono comuni tra gli individui cui viene consigliato di sottoporsi a un trattamento.
- Altri disturbi mentali: il disturbo indotto da cannabis può essere caratterizzato da sintomi (es. ansia) che ricordano i disturbi mentali primari. L'assunzione cronica può generare una mancanza di motivazione che ricorda il disturbo depressivo persistente (distimia). Le reazioni acute avverse devono essere differenziate dai sintomi del disturbo di panico, depressivo maggiore, delirante, bipolare o della schizofrenia di tipo paranoide.

Comorbilità: la cannabis è stata comunemente pensata come “droga di passaggio”, perché gli individui che la usano frequentemente hanno una probabilità molto maggiore, nel tempo, di utilizzare sostanze comunemente percepire come più pericolose, rispetto a quelli che non ne fanno uso (es. cocaina, eroina, LSD...).

Condizioni mentali concomitanti sono molto comuni nel disturbo da uso di cannabis. Inoltre, il disturbo è associato a una più scarsa soddisfazione nella vita; aumento dei trattamenti per la salute mentale; più alti tassi di depressione, ansia, tentativi di suicidio e disturbo della condotta. Vi sono, in comorbilità, alti tassi di disturbo da uso di alcol e tabacco. Il 74% degli individui che richiedono un trattamento per questo disturbo, fa contemporaneamente utilizzo di altre sostanze. Inoltre, il disturbo è spesso osservato anche come problema secondario tra gli individui con diagnosi primaria di disturbi da uso di altre sostanze (25-80%). Vi sono inoltre alti tassi di comorbilità con disturbi mentali, tra cui depressivo maggiore, d'ansia e bipolare, antisociale di personalità, ossessivo-compulsivo, paranoide di personalità. Approssimativamente il 33% di adolescenti con questo disturbo ha disturbi internalizzanti (es. ansia, depressione, DSPT) e il 60% ha disturbi esternalizzanti (es. disturbo della condotta, 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 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. 2 (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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

261

Specificare se *con o senza alterazioni percettive*, quali ad esempio allucinazioni con esame di realtà integro o illusioni uditive, visive o tattili in assenza di delirium.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

L'intossicazione può iniziare dopo alcuni minuti dall'assunzione di cannabis, se viene fumata, oppure dopo alcune ore, se viene ingerita oralmente. Il primo sintomo di intossicazione è la sensazione di "sballo" (DSM-5, p. 605), con euforia, risate inappropriate, grandiosità e infine compromissioni dei processi cognitivi quali la percezione, la memoria, l'elaborazione delle informazioni. Occasionalmente si presentano anche ansia e isolamento sociale. Questi effetti perdurano generalmente per 3-4 ore, anche se varia in base alle dosi, alla tolleranza dell'individuo e alla sua sensibilità agli effetti della sostanza.

I sintomi possono, tuttavia, ripresentarsi anche a distanza di 12-24 ore, poiché i cannabinoidi sono liposolubili, dunque il tessuto adiposo li rilascia lentamente. Talvolta la compromissione dovuta alla cannabis si aggrava, portando a disfunzionamento lavorativo, affettivo, sessuale, sociale e talvolta esitando nella psicosi.

La prevalenza dell'intossicazione da cannabis risulta simile sia nella popolazione di utilizzatori assidui di cannabis, sia negli utilizzatori occasionali.

Inoltre, se vi sono allucinazioni con esame di realtà non integro, deve essere posta la diagnosi di *disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci*.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- intossicazione da altra sostanza: gli effetti dell'intossicazione da cannabis sono simili a quelli dell'intossicazione da alcol, sedativi, ipnotici, ansioliti o da fenciclidina, ma in queste altre intossicazioni è presente anche diminuzione dell'appetito, aggressività, nistagmo (movimenti oculari irregolari).
- altri disturbi indotti da cannabis: l'assunzione di cannabis può comportare anche altri disturbi, come il disturbo d'ansia indotto da cannabis, il disturbo del sonno indotto da cannabis, il disturbo psicotico indotto da cannabis, delirium indotto da cannabis, ma in questo caso prevalgono i sintomi clinici tipici di questi disturbi, piuttosto che quelli dell'intossicazione.

Astinenza da cannabis

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. 3 (o più) dei seguenti segni o 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., insomnia, sogni inquietanti).
4. Diminuzione dell'appetito.

5. Irrequietezza.
 6. Umore depresso.
 7. Almeno 1 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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa l'intossicazione o l'astinenza da altra sostanza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

I sintomi dell'astinenza si manifestano dopo la cessazione o una significativa riduzione del consumo di cannabis e spesso sono così intollerabili da portare a ricadute nel consumo di cannabis oppure al consumo di altre sostanze simili o tranquillanti per attenuare i sintomi dell'astinenza. Questi ultimi sono l'umore depresso, l'irrequietezza, l'alternarsi di periodi di aumento di sonno e mancanza di appetito a periodi di aumento dell'appetito e diminuzione di sonno.

Tali sintomi insorgono mediamente dopo 24-72 ore dalla cessazione e durano mediamente 2 settimane, ma la loro gravità e la persistenza dipende dall'individuo, dalla sua sensibilità agli effetti della cannabis e dalle dosi assunte e generalmente sono più intensi e persistenti nei forti utilizzatori. Questi ultimi riferiscono di essere tornati alla cannabis dopo un periodo di sospensione o diminuzione proprio per trarre sollievo dai sintomi di astinenza.

Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo i fattori ambientali: la prevalenza e la gravità dell'astinenza sono maggiori fra gli utilizzatori più forti di cannabis, specie tra quelli che richiedono un trattamento per il disturbo da uso di cannabis. La gravità sembra anche essere correlata alla gravità dei sintomi dei disturbi mentali in comorbilità.

L'assunzione di cannabis può comportare anche altri disturbi, come il disturbo d'ansia indotto da cannabis, il disturbo del sonno indotto da cannabis, il disturbo psicotico indotto da cannabis, delirium indotto da cannabis, ma in questo caso prevalgono i sintomi clinici tipici di questi disturbi, piuttosto che quelli dell'intossicazione. Se sono presenti i sintomi di astinenza da cannabis, ma non in modo grave e persistente e non tale da compromettere il funzionamento globale dell'individuo, si diagnostica un "disturbo correlato alla cannabis senza specificazione". La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- astinenza da altre sostanze: i sintomi di astinenza da cannabis sono simili a quelli di astinenza da altre sostanze, come alcol e tabacco, quindi occorre effettuare anche analisi mediche e tossicologiche per comprendere quale sia la sostanza che abbia provocato i sintomi di astinenza.
- disturbi bipolari, depressivi, d'ansia: i sintomi di astinenza da cannabis sono simili a quelli dei disturbi bipolari e depressivi, ai disturbi d'ansia ansia, dunque occorre un'anamnesi corretta per comprendere a quale patologia siano riconducibili.

Altri disturbi indotti da cannabis

Disturbo psicotico indotto da cannabis, riportato nella sezione sulla Schizofrenia e altri disturbi psicotici; disturbo d'ansia indotto da cannabis, riportato nella sezione dei disturbi d'ansia; disturbi del sonno indotti da cannabis, riportati nella sezione dei disturbi del sonno-veglia; delirium da intossicazione da cannabis, riportato nella sezione dei disturbi neurocognitivi.

Questi disturbi si diagnosticano in sostituzione del disturbo da intossicazione da cannabis o da astinenza da cannabis quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato alla cannabis senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

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 dell'adempimento dei principali obblighi sul luogo di 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 e 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 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 o protracta; Se in ambiente controllato.

Specificare la gravità: lieve (2-3 sintomi); moderata (4-5 sintomi); grave (6 o più sintomi).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Per diagnosticare questo disturbo, oltre ai criteri diagnostici, occorre specificare se la remissione è precoce o protracta e se l'individuo in remissione si trova "in ambiente controllato", dove l'accesso alla sostanza è limitato, ad esempio in carceri con stretta sorveglianza, comunità terapeutiche o ospedali psichiatrici.

Le fenciclidine sono sostanze allucinogene, comprendono la fenciclidina (PCP, "polvere d'angelo", ecc.) e composti meno potenti, ma con effetti simili, sviluppate negli anni '50 come anestetici e poi divenute negli anni '60 droghe di strada. Esse vengono spesso fumate o assunte oralmente, ma talvolta possono essere sniffate o iniettate nel sangue. Hanno effetti dissociativi poiché producono una sensazione di separazione della mente dal corpo, che perdura per alcune ore anche se la sostanza, per essere eliminata dal corpo, richiede mediamente 8 ore e alcune tracce sono rinvenibili nelle urine anche 8 giorni dopo l'assunzione, a seconda del grado di tolleranza dell'individuo.

L'uso di ketamina nei giovani di età tra i 16 e i 23 anni è stato riferito essere più comune tra i bianchi rispetto ai gruppi etnici. Rispetto al genere, i maschi costituiscono circa i ¾ di quelli con accesso al pronto soccorso per problemi correlati alla sostanza.

Le fenciclidine compromettono il funzionamento cognitivo e possono provocare aggressività, poiché spesso gli utilizzatori, sotto l'effetto della sostanza, pensano di essere aggrediti e si difendono attaccando. Sono frequenti le visite al pronto soccorso a seguito di cadute, lesioni e liti. Le fenciclidine possono portare anche problemi cardiovascolari, respiratori, neurologici con shock e psicosi. Non si possiedono dati epidemiologici precisi sulla sua diffusione, comunque l'utilizzo aumenta con l'età ed è maggiore tra i maschi piuttosto che tra le femmine.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altri disturbi da uso di sostanze: occorre distinguere gli effetti della fenciclidina da quelli di altre sostanze, poiché può esserci un additivo comune, per es. cannabis, cocaina.
- Schizofrenia e altri disturbi mentali: i sintomi dell'uso di fenciclidina sono simili a quelli di altre sostanze psicoattive, tra l'altro spesso vengono mescolate in varia misura. Inoltre, alcuni sintomi sono presenti anche nei disturbi psicotici, nei disturbi dell'umore, nel disturbo antisociale di personalità: per distinguerli, occorre valutare se questi ultimi disturbi erano presenti anche prima dell'uso della sostanza, poiché in tal caso diventano la diagnosi primaria.

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 fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa (es. ripetute assenze dal lavoro o scarso rendimento lavorativo correlati all'uso di allucinogeni; assenze correlate agli allucinogeni, suspensioni 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 (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 (es. guidare un'automobile od 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 dell'uso continuato della stessa quantità di allucinogeno.

Specificare l'allucinogeno.

Specificare se: in remissione precoce o protratta.

Specificare se: in ambiente controllato.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Vi sono una serie di sostanze che, pur non essendo considerate droghe o allucinogeni, per la loro composizione chimica producono alterazioni percettive, cognitive e dell'umore. Si tratta di fenilalchinamine, **MDMA** (come l'ectsasy), ergoline, semi di "*morning glory*" oppure composti etnobotanici come la Salvia Divinorum e lo stramonio. Esse possono avere effetti allucinogeni o stimolanti, la cui intensità e durata variano in base alla sostanza e alla sensibilità degli utilizzatori e sono facilmente rilevabili da esami tossicologici, anche se assunte in basse dosi.

Tra tutti i disturbi da uso di sostanze, quello da uso di altri allucinogeni è il più raro.

Attualmente, non è ancora chiaro se vi sia un'associazione tra età precoce d'esordio e rischio di sviluppare il disturbo, che comunque risulta poco diffuso e colpisce soprattutto gli adolescenti, anche se presenta alti tassi di guarigione. Negli adolescenti e nei giovani con meno di 30 anni, l'uso di queste sostanze spesso si accompagna ad attività illegali e comportamenti a rischio.

Per diagnosticare questo disturbo, oltre ai criteri diagnostici, occorre specificare se la remissione è precoce o protratta e se l'individuo in remissione si trova "in ambiente controllato", dove l'accesso alla sostanza è limitato, ad esempio in comunità terapeutiche od ospedali psichiatrici.

La prevalenza a 12 mesi è stimata essere, negli USA; dello 0,5% nei minorenni e dello 0,1% fra gli adulti dai 18 anni in su.

Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo:

- Fattori temperamental: Negli adolescenti, l'uso di MDMA è associato a un elevato tasso di disturbo da uso di altri allucinogeni. I disturbi da uso di altre sostanze, come 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 tra gli individui che usano più di due altre sostanze in aggiunta agli allucinogeni. Spesso, l'uso di cannabis è un precursore dell'iniziazione all'uso di altri allucinogeni e sostanze e ad un precoce uso di alcol e tabacco.
- Fattori genetici e fisiologici: fra i gemelli maschi, la variabilità totale oscilla dal 26 al 79%.

Tra gli adolescenti, le femmine sembrano tendere meno dei maschi a sostenere un "uso pericoloso" della sostanza. Gli esami di laboratorio possono essere utili per distinguere tra i differenti allucinogeni assunti.

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 serotonergico; disturbi del sonno; effetti negativi sul microcircolo cerebrale, danni assonali ecc. L'uso di MDMA/ecstasy può diminuire la funzione di connettività fra le regioni cerebrali.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi da uso di altre sostanze: i sintomi dell'uso di allucinogeni sono simili a quelli di altre sostanze psicoattive, come l'amfetamina, soprattutto spesso vengono mescolate in varia misura diverse sostanze.
- Schizofrenia: alcuni individui con schizofrenia, in particolare quelli con paranoia, possono erroneamente attribuire i loro sintomi all'uso di una sostanza.
- Altri disturbi mentali o condizioni mediche: alcuni sintomi degli allucinogeni sono presenti anche nei disturbi psicotici, nei disturbi depressivi e bipolar, nell'astinenza da alcol, in altre condizioni metaboliche. Per distinguerli, occorre effettuare una corretta anamnesi, anche con altri familiari, effettuare analisi tossicologiche e ripercorrere la storia clinica.

Comorbilità: gli adolescenti che usano MDMA/ecstasy e altri allucinogeni, così come gli adulti che hanno recentemente usato queste sostanze, hanno una più alta prevalenza di disturbi da uso di altre sostanze. Mostrano inoltre un innalzamento dei disturbi mentali non dovuti all'uso di sostanze (ansia, depressivo maggiore, bipolare). Tassi di disturbo antisociale sono significativamente elevati.

Intossicazione da fenciclidina

Criteri diagnostici

A. Recente uso di fenciclidina

B. Cambiamenti comportamentali problematici clinicamente significativi (es. litigiosità, aggressività, impulsività, imprevedibilità, agitazione psicomotoria, capacità critica compromessa) che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso della fenciclidina.

C. Comparsa entro un'ora o due (o più) dei seguenti segni o sintomi:

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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

L'intossicazione da fenciclidina è caratterizzata dall'insorgenza di comportamenti disfunzionali clinicamente significativi che compaiono dopo l'assunzione di questa sostanza o di sostanze farmacologicamente simili e includono disorientamento, confusione con o senza allucinazioni o deliri, sindrome simile alla catatonìa. Questi sintomi durano parecchie ore, a volte anche giorni e settimane, se insieme alla fenciclidina sono state assunte altre sostanze.

Gli esami di laboratorio possono rintracciare la fenciclidina fino a 8 gg dopo l'uso.

Ci sono anche conseguenze fisiologiche, in particolare cardiovascolari e neurologiche, nonché possono verificarsi convulsioni, distonie, discinesie, catalessia, ipotermia e ipertermia. La fenciclidina è rintracciabile nelle urine fino a 8 giorni dopo l'uso, quindi è opportuno effettuare analisi di laboratorio.

Tuttavia, vi è una debole correlazione tra quantità di sostanza assunta e gravità dei sintomi da intossicazione, poiché non vi è proporzione diretta.

In assenza di un esame di realtà integro, una diagnosi aggiuntiva di disturbo psicotico indotto da fenciclidina dovrebbe essere considerata.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Intossicazione da altre sostanze, inclusi altri allucinogeni, amfetamine, cocaina e altri stimolanti, anticolinergici e da astinenza da benzodiazepine. Rispetto ad altre sostanze, l'intossicazione da fenciclidina si distingue per la presenza di comportamento violento o stravagante.
- Altri disturbi mentali e condizioni mediche: schizofrenia, depressione, astinenza da altre sostanze (alcol, sedativi), disturbi metabolici quali l'ipoglicemia, tumori del sistema nervoso, convulsioni, sindrome neurolettica, possono presentare sintomi simili all'intossicazione da fenciclidina.

Intossicazione da altri allucinogeni

Criteri diagnostici

- A. Recente uso di altri allucinogeni (diversi da fenciclidina)
- B. Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (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 (es., intensificazione soggettiva delle percezioni, depersonalizzazione, illusioni, allucinazioni, sinestesie) si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di allucinogeni.
- D. 2 (o più) dei seguenti segni o sintomi, che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso di altri 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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Specificare se con o senza alterazioni percettive, quali ad esempio allucinazioni con esame di realtà integro o illusioni uditive, visive o tattili in assenza di delirium.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

L'intossicazione da altri allucinogeni è caratterizzata dall'insorgenza di cambiamenti e comportamenti tipici dell'assunzione di queste sostanze, che durano un tempo variabile in base al tipo e alla quantità di sostanza, da pochi minuti (es. salvia divinorum) a parecchie ore (LSD o acido lisergico). L'uso è più frequente tra i giovani, soprattutto maschi, tra 18 e 25 anni e può aumentare il rischio di suicidio, nonostante questo gesto sia raro tra gli utilizzatori di allucinogeni. Le alterazioni percettive e la capacità critica compromessa possono causare ferite, perdita della vita a causa di incidenti automobilistici, scontri fisici o autolesività non intenzionale. L'intossicazione può portare inoltre ad un aumento del rischio suicidario.

L'uso continuato, in particolare di MDMA, è correlato ad effetti neurotossici.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Intossicazione da altre sostanze, come amfetamine, cocaina e altri stimolanti, anticolinergici, inalanti e fenciclidina, e ciò si desume da esami tossicologici.
- Altre condizioni: schizofrenia, depressione, astinenza da alcol o sedativi, disturbi metabolici, convulsioni, danno sintomi simili. Occorre fare un'accurata anamnesi.
- Disturbo percettivo persistente da allucinogeni: i sintomi di quest'ultimo sono gli stessi dell'intossicazione da altri allucinogeni, ma durano per settimane.
- Altri disturbi indotti da allucinogeni, ad es., disturbo d'ansia indotto da allucinogeni: in questo caso i sintomi d'ansia predominano su quelli da intossicazione.

Disturbo percettivo persistente da allucinogeni

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 o 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 e diagnosi differenziale

La caratteristica del Disturbo percettivo persistente da allucinogeni è di rivivere le alterazioni percettive sperimentate dopo l'assunzione di una sostanza. Le alterazioni percettive sono varie, ma predominano quelle visive come 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.

Ciò si verifica soprattutto dopo assunzione di LSD. Possono durare anche mesi o anni, come indica la stessa dicitura, che include l'aggettivo "persistente".

Nonostante la cronicità, alcuni individui riescono a condurre una vita abbastanza normale.

Non c'è proporzione tra quantità di sostanza e gravità dei sintomi, perché in alcun individui ci sono sintomi gravi anche dopo una minima esposizione alla sostanza. Spesso si accompagna a disturbi depressivi e assunzione di alcol.

L'esame di realtà rimane integro. Se non è integro, è possibile che si tratti di un disturbo psicotico.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Condizioni mediche come tumori al cervello, infezioni e traumi cranici, disturbi neurovegetativi;
- Altri disturbi mentali come la schizofrenia.

Altri disturbi indotti da fenciclidina

Disturbo psicotico indotto da fenciclidina, riportato nella sezione sulla Schizofrenia e altri disturbi psicotici; disturbo d'ansia indotto da cannabis, riportato nella sezione dei disturbi d'ansia; disturbo bipolare indotto da cannabis, riportato nella sezione dei disturbi bipolari; disturbo depressivo indotto da fenciclidina, riportato nella sezione dei disturbi depressivi; delirium da intossicazione da fenciclidina, riportato nella sezione dei disturbi neurocognitivi. Questi disturbi si diagnosticanon in sostituzione del disturbo da intossicazione da fenciclidina quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Lo stesso vale per **disturbi indotti da altri allucinogeni**.

Il disturbo correlato alla fenciclidina senza specificazione si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

Il disturbo correlato agli allucinogeni senza specificazione si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

Disturbi correlati agli inalanti

- Disturbo da uso di inalanti
- Intossicazione da inalanti
- Altri disturbi indotti da inalanti
- Disturbo correlato agli inalanti senza specificazione

269

Disturbo da uso di inalanti

Criteri diagnostici

A. Un pattern 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 continuato della sostanza inalante, che causa un fallimento dell'adempimento dei principali obblighi sul luogo di 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 continuato 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 la sostanza inalante, se in remissione precoce o protracta; Se in ambiente controllato.

Specificare la gravità: lieve (2-3 sintomi); moderata (4-5 sintomi); grave (6 o più sintomi).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Gli idrocarburi volatili sono stanze tossiche emanate da colle, combustibili, vernici e altri composti volatili, spesso mescolati insieme. I comportamenti che insorgono a causa dell'assunzione comportamento discussioni e problemi a casa, a scuola e sul lavoro, possono essere pericolosi soprattutto quando si lavora con attrezzature pericolose o si è alla guida.

L'assunzione spesso si sospetta già a partire da tracce sugli abiti, odore sulla biancheria, eruzione intorno alla bocca o al naso causata da "sniffatura" (termine usato dal DSM-5, pag. 625) di colla. Spesso fanno uso di inalanti alcune comunità aborigene o gruppi di bambini senza fissa dimora riuniti in bande di strada. L'uso è diffuso soprattutto tra i giovani, preadolescenti e adolescenti. Le chiamate ai centri antiveleno riguardano soprattutto individui di 14 anni. Alcuni muoiono per incidenti oppure di "morte improvvisa da sniffata" per aritmia cardiaca, soprattutto a causa di propano e butano.

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* o a causa di incidenti o infortuni.

Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: 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 antisociale di personalità in comorbilità.
- 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. Questi giovani mostrano un forte rischio per disturbo da uso di inalanti. 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 questo disturbo.

Tra i marker diagnostici, test su saliva, respiro o urine assumono valore nella valutazione di uso concomitante di sostanze non inalanti da parte di individui con questo disturbo.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Esposizione a inalanti, non intenzionale, da produzione industriale o altri incidenti: ciò avviene quando gli individui negano l'uso, ma lavorano in contesti che li espongono a queste sostanze.
- Uso intenzionale di inalanti, oppure intossicazione da inalanti, oppure disturbi indotti da inalanti (d'ansia, depressivi, neurocognitivi), oppure da altre sostanze (soprattutto sedative, come benzodiazepine o sedativi), senza soddisfare i criteri per il disturbo.
- Altri disturbi tossici, metabolici, traumatici, neoplastici o infettivi o disturbi di altri sistemi organici.

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 (es., litigiosità, aggressività, apatia, capacità critica compromessa) che si sviluppano durante, o subito dopo, l'esposizione a inalanti.

C. 2 (o più) dei seguenti segni o sintomi, che si sviluppano durante o subito dopo l'esposizione a 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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

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 di sostanze a base di idrocarburi volatili. Generalmente si estingue da pochi minuti a poche ore dopo l'inalazione e si verifica soprattutto nella fascia d'età che registra la più alta percentuale di uso di inalanti, cioè 12-17 anni. Anche se è di breve durata, può produrre persistenti problemi medici e neurologici. Si presume che la maggior parte degli utilizzatori, prima o poi, faccia esperienza di intossicazione.

271

L'uso di inalanti in un contenitore chiuso, come una busta di plastica posta in testa, possono portare a perdita di coscienza, anossia e morte. Alcuni inalanti sono molto tossici, come propano e butano, e portano alla morte. "Morte improvvisa da sniffata" può occorrere per aritmia o arresto cardiaco.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Esposizione a inalanti, senza soddisfare i criteri per il disturbo.
- Intossicazione e altri disturbi indotti da altre sostanze/farmaci, soprattutto da sostanze sedative, da individuare con analisi tossicologiche.
- Altri disturbi correlati agli inalanti: ad esempio disturbi d'ansia, depressivi, neurocognitivi, psicotici, indotti da inalanti.
- Altri disturbi tossici, metabolici, traumatici, neoplastici o infettivi o disturbi di altri sistemi organici.

Altri disturbi indotti da inalanti

Disturbo psicotico indotto da inalanti, riportato nella sezione sulla Schizofrenia e altri disturbi psicotici; disturbo d'ansia indotto da cannabis, riportato nella sezione dei disturbi d'ansia; disturbo bipolare indotto da cannabis, riportato nella sezione dei disturbi bipolari; disturbo depressivo indotto da inalanti, riportato nella sezione dei disturbi depressivi; il delirium da intossicazione da inalanti, riportato nella sezione dei disturbi neurocognitivi. Questi disturbi si diagnosticano in sostituzione del disturbo da intossicazione da inalanti quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato agli inalanti senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

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

272

Disturbo da uso di oppiacei

Criteri diagnostici

A. Un pattern 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 loro effetti.
 4. *Craving*, o forte desiderio, o spinta all'uso di oppiacei.
 5. Uso ricorrente di oppiacei, che causa un fallimento dell'adempimento dei principali obblighi sul luogo di 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 (es. guidare un'automobile od operare con macchinari quando si è compromessi dalla oppiacei).
 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 quantitativi marcatamente aumentati 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. Specificare se in remissione precoce o protratta; Se in terapia agonista o in ambiente controllato. Specificare la gravità: lieve (2-3 sintomi); moderata (4-5 sintomi); grave (6 o più sintomi).
11. Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:
 - a. La caratteristica sindrome da astinenza da oppiacei.
 - b. Gli oppiacei vengono assunti per attenuare o evitare i 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
- In remissione protratta
- In terapia agonista (si applica se l'individuo sta ricevendo una terapia agonista agli oppiacei)
- In ambiente controllato

Specificare la *gravità attuale* tra lieve, moderata e grave in base alla presenza di 2 o 6 sintomi o più.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il disturbo da uso di oppiacei include segni e sintomi dovuti ad un'autosomministrazione compulsiva e prolungata di sostanze oppiacee che non vengono usate per scopi medici legittimi, oppure in dosi eccessive rispetto alle quantità indicate dal medico. In alcuni casi, infatti, gli oppiacei vengono somministrati come analgesico.

Gli oppiacei, di norma, vengono acquistati sul mercato illegale o procurati da medici compiacenti che falsificano le ricette. Il personale sanitario è a rischio perché può autoprescriversi oppiacei o dirottare verso di sé oppiacei destinati ai pazienti o alle farmacie. Spesso gli utilizzatori reagiscono con *craving* alla vista di qualsiasi sostanza in polvere, anche non oppiacea, come se avessero generalizzato un apprendimento condizionato.

L'uso di oppiacei spesso si associa a storie di crimini, spaccio, furti e ricettazione, spesso anche da parte di personale sanitario, che ha più facile accesso a queste sostanze. Il disturbo da uso prevale negli adulti oltre i 20 anni e presenta molte ricadute.

I fattori di rischio/prognosi sono genetici e fisiologici: il rischio può essere correlato all'individuo, alla famiglia, ai pari e a fattori socioambientali, e i fattori genetici hanno un ruolo predisponente fondamentale.

Tracce di oppiacei restano nelle urine dopo 24-36 ore dall'assunzione, tranne il fentanil, identificabile comunque attraverso specifiche procedure. Spesso tra gli utilizzatori di oppiacei è diffuso anche l'HIV. L'uso di oppiacei aumenta anche il rischio di suicidio. Di particolare nota sono le overdose accidentali o deliberate. 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 suicidi portati a termine.

A livello fisiologico, le conseguenze funzionali dell'uso di queste sostanze sono secchezza delle mucose, rallentamento delle attività gastrointestinali, sclerotizzazione delle vene, edemi. Infatti, per questo, spesso gli individui finiscono per iniettarsi la sostanza nelle vene delle gambe, del collo e dell'inguine. Quando anche queste vene diventano inutilizzabili, iniettano la sostanza nel tessuto sottocutaneo (pongo sottopelle) provocando cellulite, ascessi, lesioni.

Le infezioni da tetano per aghi contaminati sono rare, ma con conseguenze serie e possono estendersi a vari organi vitali. Chi utilizza sostanze per via endovenosa è inoltre a rischio di tubercolosi. Chi sniffa la sostanza rischia la perforazione del setto nasale. Incidenti e ferite dovute a violenza associata all'acquisto o all'uso di oppiacei sono altresì frequenti.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi mentali indotti da oppiacei, come ansia, depressione, disturbi neurocognitivi, che si distinguono perché predominano questi sintomi, rispetto a quelli da uso, anche se sono rari rispetto ai disturbi indotti da altre sostanze.
- Intossicazione da altre sostanze: alcol, sedativi, ipnotici e ansiolitici danno sintomi simili, ma questi ultimi presentano anche miosi e mancata risposta al test di stimolazione con naloxone.
- Altri disturbi da astinenza: ansia e irrequietezza si osservano anche nell'astinenza da ipnotici e sedativi, ma quella da oppiacei si accompagna anche a rinorrea (naso che goccia), lacrimazione, midriasi.

Comorbilità: Le più comuni condizioni mediche associate sono virali (HIV) e batteriche. Il disturbo è spesso associato a disturbi da utilizzo di altre sostanze, specie tabacco, alcol, cannabis, stimolanti e benzodiazepine. Gli individui con questo disturbo sono inoltre a rischio di depressione, di insonnia, di esacerbare un disturbo antisociale di personalità o della condotta.

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 della 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 della 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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.
- Specificare se con o senza alterazioni percettive, quali ad esempio allucinazioni con esame di realtà integro o illusioni uditive, visive o tattili in assenza di delirium.

274

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

L'intossicazione da oppiacei presenta problemi comportamentali e altri sintomi come fiacchezza, spesso con dondolamento del capo, che può esitare fino al coma. Questi individui possono mostrare scarsa attenzione verso l'ambiente circostante, tanto da ignorare eventi pericolosi. L'intossicazione è accompagnata da miosi, eloquio inceppato, compromissione dell'attenzione o della memoria.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Intossicazione da altre sostanze: sedativi, ipnotici, danno sintomi simili, ma questi ultimi presentano anche miosi e mancata risposta al test di stimolazione con naloxone.
- Altri Disturbi correlati agli oppiacei, come ansia, depressione, disturbi neurocognitivi, che si distinguono perché predominano questi sintomi, rispetto a quelli da intossicazione.

Astinenza da oppiacei

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. 3 (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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa l'intossicazione o l'astinenza da altra sostanza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica dell'astinenza da oppiacei è la comparsa di sintomi specifici dopo la riduzione o cessazione dell'assunzione della sostanza. Se l'individuo assume una sostanza antagonista, è possibile il verificarsi di una precipitazione dell'astinenza. Può lamentare indolenzimento, soprattutto alle gambe e alla schiena, con irritabilità e sensazione di dolore.

In astinenze più gravi e rare, si osservano anche erezione dei peli e febbre, sudorazione ed erezione del pene da svegli, ma in genere non si raggiunge questo stato perché la persona tende a procurarsi prima la sostanza. L'astinenza può verificarsi anche dopo l'assunzione della sostanza a scopi medici e analgesici.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altri disturbi da astinenza, ad esempio da sedativi o ipnotici, ma quella da oppiacei presenta anche rinorrea, lacrimazione e midriasi.
- Intossicazione da altre sostanze, come allucinogeni e stimolanti, ma quella da oppiacei presenta anche nausea, vomito, diarrea, rinorrea.
- Altri Disturbi indotti da oppiacei, come ansia, depressione, disturbi neurocognitivi, che si distinguono perché predominano questi sintomi, rispetto a quelli da intossicazione.

Altri disturbi indotti da oppiacei

Disturbo psicotico indotto da oppiacei, riportato nella sezione sulla Schizofrenia e altri disturbi psicotici; disturbo d'ansia indotto da oppiacei, riportato nella sezione dei disturbi d'ansia; disturbo bipolare indotto da oppiacei, riportato nella sezione dei disturbi bipolari; disturbo depressivo indotto da oppiacei, riportato nella sezione dei disturbi depressivi; delirium da intossicazione da oppiacei, riportato nella sezione dei disturbi neurocognitivi. Questi disturbi si diagnosticano in sostituzione del disturbo da intossicazione da oppiacei quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato agli oppiacei senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

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

276

Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici

Criteri diagnostici

A. Un pattern 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 o ansiolitici, che causa un fallimento dell'adempimento dei principali obblighi sul luogo di lavoro, a scuola, a casa.
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 (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 (es., guidare un'automobile o operare con macchinari quando si è compromessi da 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 quantitativi marcatamente aumentati 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 quegli individui che assumono sedativi, ipnotici o ansiolitici sotto 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).
- b. Sedativi, ipnotici o ansiolitici (o una sostanza strettamente correlata, come l'alcol) vengono assunti per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

Nota: questo criterio non è considerato soddisfatto per quegli individui che assumono sedativi, ipnotici o ansiolitici sotto supervisione medica.

- Specificare se in remissione precoce o protratta.
- Specificare se in ambiente controllato.

- Specificare la gravità: lieve (2-3 sintomi); moderata (4-5 sintomi); grave (6 o più sintomi).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

277

Sedativi, ipnotici o ansiolitici includono benzodiazepine, sostanze simili ad esse (come zolpidem, zaleplon), carbammati (come glutetimide, meprobamato), barbiturici (come il secobarbital) e ipnotici simili ai barbiturici (come glutetimide, metaqualone). Questa classe di sostanze include anche i farmaci prescritti per il sonno e per l'ansia, tranne gli agenti antiansia non benzodiazepinici, che non sono associati ad abuso significativo. Questi agenti sono depressogeni cerebrali, come l'alcol.

Tali sostanze sono disponibili su prescrizione medica, ma anche illegalmente. Possono essere usate anche contro il "calo" da cocaina o amfetamine, spesso in combinazione con il metadone. Queste sostanze possono continuare a essere assunte anche quando il medico dichiara la conclusione della terapia.

Spesso, l'uso di queste sostanze si accompagna a depressione. Generalmente, il disturbo ha esordio nell'adolescenza o nella prima età adulta e, nel tempo, fa aumentare la compromissione cognitiva. In particolare, adolescenti fino a 20 anni possono assumere queste sostanze ai fini di procurarsi uno "sballo".

I fattori di rischio/prognosi sono:

- Fattori temperamental: impulsività e ricerca di novità si correlano alla propensione a sviluppare questo disturbo.
- Fattori ambientali: un fattore di rischio chiave è correlato alla disponibilità ambientale delle sostanze causa del disturbo.
- Fattori genetici e fisiologici: il rischio è correlato a fattori familiari, del gruppo dei pari, dell'ambiente e sociali.
- Modificatori del decorso: un esordio precoce all'uso è associato ad una maggiore gravità del disturbo.

Quasi tutte queste sostanze sono rintracciabili nel sangue e nelle urine.

Vi sono anche gravi conseguenze fisiologiche: pulsazione più lenta, diminuzione della frequenza respiratoria, abbassamento della pressione sanguigna. A dosi elevate i sedativi/hipnotici/ansiolitici possono essere letali, soprattutto se accompagnati da alcol, tabacco e altre sostanze.

Le femmine sono più ad alto rischio rispetto ai maschi.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altri disturbi mentali o condizioni mediche: da accertare tramite esami medici e anamnesi.
- Disturbo da uso di alcol, da accertare con esami tossicologici.
- Uso clinicamente appropriato di sedativi, ipnotici o ansiolitici, che però prosegue oltre la durata del trattamento.

Comorbilità: un uso non medico di questi agenti è associato al disturbo da uso di alcol, da uso di tabacco e da uso di sostanze illecite in generale. Possono sovrapporsi disturbo antisociale di personalità; disturbi depressivo, bipolare e d'ansia; disturbi da uso di altre sostanze.

Intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici

Criteri diagnostici

- A. Recente uso di un sedativo, ipnotico o ansiolitico.
- B. Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (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. 2 (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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

L'intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici è caratterizzata da comportamenti, anche sessuali, disfunzionali e inappropriati, con compromissione cognitiva, che possono causare distrazioni anche mortali. Spesso compare amnesia anterograda, simile ai "blackout alcolici".

La maggior parte degli utilizzatori può presentare, prima o poi, questo disturbo.

Le caratteristiche associate comprendono l'assunzione di farmaci in quantità superiori a quelle prescritte, l'assunzione di differenti e molteplici farmaci e il mischiare agenti sedativi/hipnotici/ansiolitici con alcol.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi da uso di alcol o intossicazione da alcol, da accertare con esami tossicologici.
- Altri disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici, come ansia, depressione, ecc.
- Disturbi neurocognitivi, che si distinguono perché in tali casi predominano questi sintomi, rispetto a quelli da intossicazione.

Astinenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici

Criteri diagnostici

A. Cessazione dell'uso prolungato di sedativi, ipnotici o ansiolitici.

B. 2 (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 (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 uditorio o illusioni
6. Agitazione psicomotoria
7. 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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa l'intossicazione o l'astinenza da altra sostanza.

Specificare se *con alterazioni percettive*.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica dell'astinenza da queste sostanze è l'alterazione dei comportamenti e della fisiologia, nel 20-30% dei casi con crisi epilettiche. Tempi e modalità variano in base alla sostanza.

In caso di astinenza grave, si possono verificare allucinazioni visive, tattili o uditive, o illusioni. Se l'esame di realtà è integro nonostante le illusioni, può essere annotato lo specificatore "con alterazioni percettive".

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altri disturbi medici, come ipoglicemia, chetoacidosi, convulsioni.

- Tremore essenziale.
- Astinenza da alcol.
- Altri disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici come ansia, depressione, disturbi neurocognitivi, che si distinguono perché in tali casi predominano questi sintomi, rispetto a quelli da intossicazione.
- Disturbi d'ansia.

279

Altri disturbi indotti da sedativi, ipnotici o ansiolitici

Disturbo psicotico indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, riportato nella sezione sulla Schizofrenia e altri disturbi psicotici; disturbo d'ansia indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, riportato nella sezione dei disturbi d'ansia; disturbo bipolare indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, riportato nella sezione dei disturbi bipolari; il disturbo depressivo indotto da sedativi, ipnotici o ansiolitici, riportato nella sezione dei disturbi depressivi; il delirium da intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici, riportato nella sezione dei disturbi neurocognitivi. Questi disturbi si diagnosticanon in sostituzione del disturbo da intossicazione da sedativi, ipnotici o ansiolitici quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Disturbo correlato a sedativi, ipnotici o ansiolitici senza specificazione

si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

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

280

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 2 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 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 stimolanti, usare 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 dell'adempimento dei principali obblighi sul luogo di lavoro, a scuola, a casa (es., assenze ripetute dal lavoro o scarso rendimento lavorativo correlati all'uso di stimolanti; assenze, sospensioni o espulsioni da scuola; trascuratezza nei confronti dei bambini e della famiglia).
6. Uso continuato di stimolanti nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali, causati o esacerbati dagli effetti di stimolanti (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 stimolanti.
8. Uso ricorrente di stimolanti in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso (es. guidare un'automobile od operare con macchinari quando si è compromessi dagli stimolanti).
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 quantitativi marcatamente aumentati 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 quegli individui 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,
 - b. gli stimolanti (o sostanza correlata) sono assunti per attenuare o evitare sintomi di astinenza.
- Specificare se in remissione precoce o protratta.
- Specificare se in ambiente controllato.
- Specificare la gravità: lieve (2-3 sintomi); moderata (4-5 sintomi); grave (6 o più sintomi).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Le sostanze stimolanti amfetaminosimili comprendono sostanze con una struttura feniletilaminica sostituita, come le amfetamine., generalmente assunte per via orale o endovenosa (l'amfetamina anche per via intranasale). Sono incluse anche sostanze strutturalmente differenti ma con effetti simili, come il metilfenidato. In aggiunta agli stimolanti sintetici vi sono quelli naturali, derivati dalle piante come il *khat*.

Alcuni stimolanti possono essere ottenuti per il trattamento dell'obesità, del disturbo da deficit di attenzione/iperattività, della narcolessia, ma possono anche essere dirottati sul mercato illegale.

Gli effetti sono analoghi a quelli della cocaina, ma durano di più. Quest'ultima può essere assunta in vari modi, a volte pura, a volte mescolata con altre sostanze utilizzate come agenti da "taglio". Il comportamento aggressivo e violento è associato con alte dosi, fumate o iniettate in endovena.

Quando vengono assunti, gli stimolanti producono un'immediata sensazione di benessere, fiducia in sé ed euforia, ma rapidamente possono dar luogo a drammatici cambiamenti di comportamento, anche similesicotici, con paranoie, deliri e allucinazioni.

Durante l'astinenza si presentano depressione, irritabilità, anedonia, difficoltà di attenzione e a livello fisiologico bradicardia. Il disturbo da uso di stimolanti è comune nella popolazione tra 12 e 25 anni, poiché il primo uso regolare si verifica in media a 23 anni.

A volte l'uso viene iniziato per controllare il peso, il rendimento scolastico, le performance atletiche.

I fattori di rischio e prognosi sono:

- Fattori temperamental: 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. Anche l'impulsività e tratti di personalità simili possono influenzare gli esiti del trattamento.
- 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; vivere in un ambiente domestico instabile, una condizione psichiatrica e la frequentazione di rivenditori e utilizzatori.

Tra i marker diagnostici, esami di laboratorio possono individuare la presenza di sostanze stimolanti nel sangue da 3 fino a 12 gg dopo l'uso.

L'uso di stimolanti si associa anche a cambiamenti fisiologici e a rischi sociali, poiché aumenta la probabilità di commettere furti o spaccio per procurarsi il denaro con cui acquistare le sostanze. Spesso si assumono in concomitanza anche i sedativi per ridurre insonnia, nervosismo e gli altri effetti collaterali.

La compromissione neurocognitiva è comune tra gli utilizzatori di metamfetamina; tra cui la "bocca da metamfetamina" come malattie delle gengive, carie dentaria ulcere della bocca correlate agli effetti tossici del fumo della sostanza e al bruxismo durante l'intossicazione.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi mentali primari, come ansia, depressione, schizofrenia.
- Intossicazione da fenciclidina: l'uso di cocaina rilascia nel sangue metaboliti o sostanze amfetaminosimili.
- Intossicazione e astinenza da stimolanti se predominano i sintomi di queste ultime.

Intossicazione da stimolanti

Criteri diagnostici

A. Recente uso di sostanze amfetaminosimili, cocaina o altri stimolanti.

B. Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (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 stimolanti.

C. 2 (o più) dei seguenti segni o sintomi, che si sviluppano entro 2 ore dall'uso di stimolanti:

1. Tachicardia o bradicardia
2. Midriasi
3. Pressione sanguigna
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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Specificare l'intossicante; se con o senza alterazioni percettive, quali ad esempio allucinazioni con esame di realtà integro o illusioni uditive, visive o tattili in assenza di delirium.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

L'intossicazione da stimolanti inizia spesso con una sensazione di "sballo", con euforia, tendenza a socializzare, irrequietezza, loquacità. L'intossicazione porta poi a problemi fisiologici, specialmente cardiaci, fino al coma.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi indotti da stimolanti, come ansia, depressione, disturbi neurocognitivi, che si distinguono perché in tali casi predominano questi sintomi, rispetto a quelli da intossicazione.
- Altri disturbi mentali, come ansia, depressione, schizofrenia.

Astinenza da stimolanti

Criteri diagnostici

A. Cessazione o riduzione dell'uso di sostanze amfetaminosimili, cocaina o altri stimolanti.

B. Umore disforico e 2 (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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa l'intossicazione o l'astinenza da altra sostanza.

Specificare la sostanza che indice la sindrome di astinenza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

L'astinenza da stimolanti è caratterizzata da umore disforico e cambiamenti fisiologici. Dopo periodi di alte dosi, dette "abbuffate" o "sbornie", si presenta spesso una crisi acuta di astinenza, detta "crollo", spesso con sintomi depressivi, paranoie e ideazioni suicidarie.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi da uso di stimolanti e altri disturbi indotti da stimolanti come ansia, depressione, disturbi neurocognitivi, che si distinguono perché in tali casi predominano questi sintomi, rispetto a quelli da intossicazione.

Altri disturbi indotti da stimolanti

Disturbo psicotico indotto da stimolanti, riportato nella sezione sulla Schizofrenia e altri disturbi psicotici; disturbo d'ansia indotto da stimolanti, riportato nella sezione dei disturbi d'ansia; disturbo bipolare indotto da stimolanti, riportato nella sezione dei disturbi bipolari; disturbo depressivo indotto da stimolanti, riportato nella sezione dei disturbi depressivi; delirium da intossicazione da stimolanti, riportato nella sezione dei disturbi neurocognitivi. Questi disturbi si diagnosticano in sostituzione del disturbo da intossicazione da stimolanti quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

283

Disturbo correlato a stimolanti senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

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 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 dell'adempimento dei principali obblighi sul lavoro, a scuola, a casa.
6. Uso continuato di tabacco nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti 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 intossicazione o 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).
- b. Il tabacco (o sostanza correlata) viene assunto per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

Specificare se in remissione precoce o protratta; Se in ambiente controllato, se in terapia agonista. Specificare la gravità: lieve (2-3 sintomi); moderata (4-5 sintomi); grave (6 o più sintomi).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

284

Il disturbo da uso di tabacco è frequente in chi usa sigarette tutti i giorni o farmaci con nicotina. Anche quando il tabacco crea problemi di salute, le persone continuano a fumare. Infatti, è noto che il tabacco aumenta il rischio di tumori ai polmoni, patologie cardiache e respiratorie, malattie cronico-ostruttive dei polmoni, tosse, mancanza di respiro, invecchiamento accelerato della pelle.

Spesso si presenta anche la “catena del fumo”, quando si fuma una sigaretta dietro l'altra, senza pause.

Chi fuma spesso riesce a mantenere un funzionamento globale normale nei vari ambiti. Le fonti di tabacco sono legali, facilmente disponibili, diffuse. Se non si fuma per qualche ora, gli individui con disturbo da uso di tabacco riferiscono *craving*. Spesso hanno bisogno di fumare entro 30 minuti da quando si svegliano, di notte si svegliano per fumare, fumano più sigarette al giorno.

Molti adolescenti fanno uso di tabacco. Più dell’80% dei fumatori fa prima o poi un tentativo per smettere, ma il 60% ha una ricaduta entro una settimana. Vi sono dei fattori di personalità che aumentano il rischio di fumo, ad esempio tratti esternalizzanti, deficit di attenzione/iperattività, ansia e depressione.

Persone con bassa istruzione e basso reddito tendono più facilmente a iniziare e meno facilmente smettono. Tracce di nicotina e suoi metaboliti si rinvengono nel sangue, nelle urine e nella saliva.

Nel respiro ci sono tracce di monossido di carbonio e catrame. Verso i 40 anni iniziano a manifestarsi i sintomi più seri, spesso peggiorando col tempo e causando anche morte prematura.

Comorbilità: le più comuni patologie mediche causate dal fumo sono cardiovascolari, polmonari e cancro. Le più comuni comorbilità psichiatriche sono disturbi da uso di alcol/sostanze, depressivo, bipolare, d’ansia, di personalità e deficit di attenzione/iperattività.

Astinenza da tabacco

Criteri diagnostici

- A. Uso quotidiano di tabacco per diverse settimane.
- B. Brusca interruzione dell'uso di tabacco o riduzione della quantità di tabacco usato seguita, entro 24 ore, da 4 o più dei seguenti sintomi:
 1. Irritabilità, frustrazione, rabbia
 2. Ansia
 3. Difficoltà di concentrazione
 4. Aumento dell'appetito
 5. Irrequietezza
 6. Umore depresso
 7. Insomnia.
- 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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa l'intossicazione o l'astinenza da altra sostanza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

I sintomi di astinenza compromettono la possibilità di smettere di fumare e possono verificarsi anche in consumatori non abituali. Oppure, possono presentarsi durante un ricovero in reparti in cui è vietato fumare. La sospensione dell'uso di tabacco provoca *craving* non solo verso il tabacco, ma anche verso cibi dolci e

zuccherini. Inoltre può provocare stipsi, tosse, vertigini, diarrea, incubi, che iniziano da 24 ore dopo la sospensione raggiungendo il picco in 2-3 giorni. Tra i fattori di rischio/prognosi citiamo fattori temperamental (disturbo depressivo, bipolare, d'ansia, da deficit di attenzione/iperattività, uso di altre sostanze) e genetici/fisiologici (il genotipo influenza la probabilità di un'ulteriore astinenza subito dopo l'astinenza).

La diagnosi differenziale può essere effettuata con l'astinenza da altre sostanze.

285

Altri disturbi indotti dal tabacco

Il disturbo del sonno indotto da tabacco viene discusso nel capitolo “Disturbi del sonno-veglia”.

Disturbo correlato a tabacco senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

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

286

Disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza

Criteri diagnostici

A. Un pattern di uso di una sostanza intossicante non idonea ad essere classificata all'interno di queste categorie: alcol, caffeina, cannabis, allucinogeni (fenciclidina e altri), inalanti, oppiacei, sedativi, ipnotici, ansiolitici, stimolanti, tabacco, che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno 00000002 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 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 dell'adempimento dei principali obblighi sul luogo di lavoro, a scuola, a casa (es., assenze ripetute dal lavoro o scarso rendimento lavorativo correlati all'uso di sostanza; assenze correlate alla sostanza, sospensioni o espulsioni da scuola; trascuratezza nei confronti dei bambini e della famiglia).
6. Uso continuato di sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti di sostanza (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 sostanza.
8. Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso (es., guidare un'automobile o operare con macchinari quando si è compromessi dalla sostanza).
9. Uso continuato di 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 quantitativi marcatamente aumentati di sostanza per ottenere l'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 del set dei criteri per l'astinenza da altre sostanze).
 - b. La sostanza (o una sostanza strettamente correlata) viene assunta per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

Specificare se in remissione precoce o protratta; Se in ambiente controllato.

Specificare la gravità: lieve (2-3 sintomi); moderata (4-5 sintomi); grave (6 o più sintomi).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Le sostanze non incluse nelle altre categorie diagnostiche all'interno della sezione dei disturbi da addiction sono, ad esempio, steroidi anabolizzanti, sostanze anti-infiammatorie non steroidee, cortisolo, farmaci anti-parkinsoniani, antistaminici, protossido di azoto (“gas esilarante”), nitriti.

Inoltre, rientrano in queste sostanze la “noce di betel”, masticata in alcune culture per provare sensazioni di euforia e di galleggiamento, il *kava*, che si ricava da un seme della pianta del pepe del Sud Pacifico e produce sedazione, i catinoni, con effetto stimolante, ecc.

Questa categoria si applica, infine, a sostanze sconosciute o che l'individuo non sa identificare, a sostanze nuove immesse nel mercato nero o vendute illegalmente sotto falsi nomi. Un discorso a parte va fatto per il gas esilarante, usato spesso come anestetico e quindi più a rischio di abuso di prescrizioni mediche o dentistiche e usato come propellente per prodotti commerciali, come la panna montata per uso domestico.

Molti giovani ne abusano, con rischio di neuropatia e degenerazione del midollo spinale.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- disturbo da uso di altra (o sconosciuta) sostanza che non soddisfa pienamente i criteri del disturbo.
- disturbo da uso di sostanze, come quelle che rientrano nelle altre categorie diagnostiche.
- disturbi indotti da altre sostanze.
- altre condizioni mediche.

Comorbilità: I disturbi da uso di sostanze sono comunemente in comorbilità l'uno con l'altro.

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 (es. compromissione della coordinazione motoria, agitazione o rallentamento psicomotorio, euforia, ansia, litigiosità, labilità dell'umore, compromissione cognitiva, capacità critica compromessa, isolamento sociale) che si sviluppano durante, o subito dopo, l'uso della sostanza.

C. I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione da altra sostanza.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Questa problematica si presenta in individui intossicati da sostanze che non rientrano in quelle esposte nelle categorie precedenti, e spesso è acuta poiché i sintomi si presentano subito dopo l'assunzione di notevoli quantità di sostanze sconosciute o non identificabili, anche se i tempi e la durata dell'intossicazione variano sia con la sostanza che con le modalità di assunzione.

Per risolvere i dubbi sul tipo di sostanza assunta, il clinico può chiedere all'individuo quale sia il nome “di strada” della sostanza assunta.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Uso di altra sostanza, senza soddisfare i criteri per l'intossicazione da altra sostanza.
- intossicazione da altra (o sconosciuta) sostanza che non soddisfa pienamente i criteri dell'intossicazione.
- Differenti disturbi indotti da altre sostanze.
- altre condizioni mediche come disturbi tossici, metabolici, traumatici, neoplastici, vascolari o infettivi che compromettono la funzione cerebrale e la cognizione.

Astinenza da altra (o sconosciuta) sostanza

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 riduzione) dell'uso della sostanza.
- C. La sindrome della sostanza specifica causa 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 o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa l'intossicazione o l'astinenza da altra sostanza.
- E. La sostanza coinvolta non può essere classificata sotto nessuna delle categorie delle altre sostanze (alcol, caffè, cannabis, sedativi, ipnotici, ansiolitici, stimolanti, tabacco) o è sconosciuta.

288

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Questa problematica si presenta in individui con astinenza da sostanze che non rientrano in quelle esposte nelle categorie precedenti; spesso è acuta poiché i sintomi si presentano subito dopo l'assunzione di notevoli quantità di sostanze non identificabili, anche se i tempi e la durata dei sintomi di astinenza variano sia con la sostanza che con le dosi fino ad allora assunte. Disforia associata ad astinenza spesso è motivo di ricaduta.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- riduzione della dose dopo un dosaggio prolungato, ma senza astinenza
- astinenza da sostanze o disturbi indotti da altre sostanze/farmaci
- differenti tipi di disturbi correlati ad altra sostanza
- altri disturbi tossici, metabolici, traumatici, neoplastici, vascolari o infettivi che compromettono la funzione cerebrale e la cognizione.

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 sostanza.

Disturbi indotti da altre (o sconosciute) sostanze

Sono i disturbi clinici come ansia, depressione, schizofrenia, ecc, dovuti all'assunzione di una sostanza sconosciuta.

Disturbo correlato ad altra (o sconosciuta) sostanza senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi, che causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

Disturbi non correlati a sostanze

289

Disturbo da gioco d'azzardo

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 4 (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 (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 (es. indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a).
6. Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare ("rincorre" 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 procurarsi 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 o persistente; in remissione precoce o protratta.
- Specificare la gravità attuale: Lieve: soddisfatti 4-5 criteri, Moderata: soddisfatti 6-7 criteri, Grave: soddisfatti 8-9 criteri.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

In molte culture si gioca d'azzardo; tuttavia, in alcuni casi il gioco diventa persistente e ricorrente, sconvolgendo le attività familiari, lavorative e sociali. Quando le condizioni finanziarie si aggravano, il giocatore patologico tenta di recuperare il denaro perso giocando ancora più insistentemente, per recuperare le perdite. La "rincorsa delle perdite" è un pattern di comportamento ricorrente, che viene occultato alle persone significative, a cui si nasconde l'entità del proprio coinvolgimento.

Queste forme di frode possono sfociare anche in comportamenti illegali quali furto, appropriazione indebita, falsificazione.

Questi comportamenti sono spesso affiancati da una *distorsione del pensiero*, poiché **l'individuo sovrastima il potere e il controllo sugli eventi** - ad esempio sui risultati di una scommessa - quando invece sono casuali, e da una *focalizzazione dell'attenzione sul denaro*, considerato come la causa e la soluzione dei problemi.

Gli individui affetti da gioco d'azzardo tendono ad essere competitivi, impulsivi e irrequieti. Alcuni sono anche annoiati, depressi e solitari e tendono a giocare d'azzardo proprio nei momenti di umore depresso e solitudine. La metà degli individui in trattamento ha inoltre ideazioni suicidarie.

Ciascun giocatore d'azzardo possiede il suo gioco preferito, quello in cui si impegna più frequentemente e che quindi gli causa maggiori problemi finanziari e relazionali.

Tuttavia, non è la quantità di denaro a indicare la gravità del gioco, poiché è possibile scommettere una sola volta grandi cifre, senza diventare dipendenti. Il gioco diventa **patologico** quando è frequente e persistente, tanto che l'individuo non può farne a meno e tende ad aumentare, nel tempo, la frequenza delle sue giocate. Tale frequenza può aumentare nei periodi di stress, depressione o durante periodi di uso di sostanze. Il disturbo prevale nei maschi, che tra l'altro tendono a iniziare a giocare d'azzardo più precocemente rispetto alle femmine e a sperimentare più tipologie di giochi. I giocatori d'azzardo patologici spesso sviluppano

anche patologie fisiche, come disturbi cardiovascolari (in particolare tachicardia e angina) e disturbi clinici come ansia e depressione.

Tra i fattori di rischio/prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: il gioco d'azzardo che inizia nell'infanzia o prima adolescenza espone a un maggior rischio.
- Fattori genetici e fisiologici: il disturbo può unire i familiari.
- Modificatori del decorso: molti individui tendono a risolvere i loro problemi con questo disturbo.

Tra le conseguenze funzionali, le aree del funzionamento psicosociale, della salute e della salute mentale possono essere influenzate negativamente dal disturbo da gioco d'azzardo.

290

La diagnosi differenziale si può effettuare rispetto:

- al gioco senza disturbo, che avviene in periodi limitati di tempo e senza il pattern di "rincorsa delle perdite".
- episodio maniacale poiché l'atteggiamento del giocatore d'azzardo spesso ricorda quello di un individuo in fase maniacale, ma se tali sintomi sono di breve durata e quando l'individuo si allontana dal gioco, i maniacalismi si dissolvono.
- disturbi di personalità, in particolare quello antisociale.
- disturbi indotti da condizione mediche, da farmaci o dall'uso di sostanze, poiché chi assume farmaci dopaminergici può provare la spinta a giocare d'azzardo.

Comorbilità: Il disturbo è associato a una scarsa salute generale. Inoltre, alcune diagnosi mediche specifiche, come tachicardia e angina, sono più comuni. Gli individui con questo disturbo hanno più alti tassi di comorbilità con altri disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze.

Disturbi neurocognitivi

Introduzione e precisazione

I disturbi neurocognitivi sono gli unici, nel DSM-5, ad avere un'eziologia potenzialmente determinata. Sono, infatti, disturbi in cui è possibile individuare con chiarezza una corrispondente problematica a livello neurofisiologico che può essere degenerativa, quindi presentarsi con il normale invecchiamento, oppure dovuta a traumi cranici, lesioni o tumori cerebrali.

La **demenza** è stata ridenominata **disturbo neurocognitivo** maggiore o lieve, anche se negli ambienti medici continua ad essere chiamata demenza. Oggi è preferibile riservare questo termine per i disturbi neurocognitivi degenerativi. Infatti, la dicitura *Disturbo Neurocognitivo* è più ampia, includendo sintomi neurocognitivi di diversa origine.

Per diagnosticare un disturbo neurocognitivo occorre valutare diversi **domini neurocognitivi**, cioè aree di funzionamento cognitivo e motorio quali attenzione, funzioni esecutive, apprendimento, memoria, linguaggio espressivo e ricettivo, area percettivo-motoria, cognizione sociale (riconoscimento delle emozioni, teoria della mente).

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 di base dell'attenzione e della consapevolezza e tende a presentare fluttuazioni della gravità nel corso della giornata.
- C. Un'ulteriore modificazione cognitiva (es. deficit di memoria, disorientamento, linguaggio, capacità visuospatiali 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, o di esposizione a una tossina, oppure è dovuta a eziologie molteplici.

Specificare quale: Delirium da intossicazione da sostanze, Delirium da astinenza da sostanze, Delirium indotto da farmaci, Delirium dovuto a una condizione medica, Delirium dovuto a eziologie molteplici. Specificare se acuto o persistente; Livello di attività iperattivo, ipoattivo, misto.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del Delirium è l'alterazione dell'attenzione e della consapevolezza, che compromettono il funzionamento cognitivo, non spiegata da un disturbo neurocognitivo.

Ci sono evidenze cliniche secondo cui il Delirium è conseguenza fisiologica di una condizione medica sottostante, dell'intossicazione o astinenza da sostanze, dell'uso di un farmaco, dell'esposizione a una tossina o della combinazione di questi fattori. Per valutare i domini cognitivi alterati occorre fare delle domande o dei test all'individuo, ma ciò è possibile soltanto se il livello di attività gli consente di rispondere alle domande e di interagire. Gli individui con Delirium spesso hanno anche alterazioni del ritmo sonno-veglia e dell'umore, con insorgenza di ansia e depressione. Questo disturbo prevale nella popolazione anziana ospedalizzata.

La maggior parte degli individui ha un recupero completo anche senza trattamento, ma in alcuni casi il delirium prosegue come stupor, coma o crisi epilettiche. Quando compare nell'infanzia, spesso è concomitante a stati febbrili o assunzione di particolari farmaci, come gli anticolinergici.

Nelle prassi mediche, si tende a distinguere Delirium e demenza in base all'acutezza dell'esordio e al decorso temporale, ma ciò non sempre è possibile, soprattutto negli anziani che hanno avuto un disturbo neurocognitivo non diagnosticato oppure un deterioramento cognitivo a seguito di un episodio di Delirium.

Tra i fattori di rischio/prognosi citiamo:

- Fattori ambientali: il delirium può peggiorare nel contesto di compromissione funzionale, immobilità, una storia di cadute, bassi livelli di attività, uso di droghe e farmaci psicoattivi.
- Fattori genetici e fisiologici: Sia il Disturbo Neurocognitivo maggiore che quello lieve possono aumentare il rischio di Delirium.

292

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbi bipolari o depressivi con caratteristiche psicotiche ove possono comparire deliri, che tuttavia non sono l'unico sintomo, né quello predominante.
- Disturbo da stress acuto, che può indurre alterazioni simili.
- Disturbo fittizio, poiché alcuni possono simulare i sintomi del delirium per trarne vantaggi, sia in campo clinico che giuridico.
- Altri disturbi neurocognitivi.

Delirium con altra specificazione

Si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico ne illustra la ragione specifica.

Delirium senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

Disturbi neurocognitivi maggiori o lievi

Disturbo neurocognitivo maggiore

Criteri diagnostici

A) Evidenza di un significativo declino cognitivo da un precedente livello di prestazione 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;

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 (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, 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, Senza specificazione.

Specificare se: con o senza alterazione comportamentale.

Specificare la gravità attuale: Lieve, Moderata o Grave.

Disturbo neurocognitivo lieve

Criteri diagnostici

A) Evidenza di un modesto declino cognitivo da un precedente livello di prestazione 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;

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 (es. attività strumentali complesse della vita quotidiana, come pagare le bollette o gestire i farmaci sono conservate, ma richiedono sforzo maggiore, strategie compensatorie o di 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 (es. disturbo depressivo maggiore, schizofrenia).

293

Specificare se dovuto 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 moltelici, Senza specificazione.

Specificare se: con o senza alterazione comportamentale.

Specificare la gravità attuale: Lieve, Moderata o Grave.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale del DNC maggiore o lieve

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*.

I sottotipi del DNC maggiore o lieve dipendono dall'entità patologica o eziologia nota o presunta sottostante al declino, dal decorso temporale, dai domini compromessi.

La caratteristica principale è il declino cognitivo acquisito in uno o più domini cognitivi. Sono necessarie sia la preoccupazione che le evidenze oggettive, perché sono complementari.

L'entità patologica/eziologica sottostante può essere, ad esempio, il morbo di Parkinson, il trauma cranico, ecc. Questi disturbi si accompagnano anche ad alterazioni del sonno, dell'umore, irrequietezza motoria.

I sintomi tuttavia devono rappresentare un declino rispetto a una condizione precedente. Ad esempio, se un individuo presentava una performance molto elevata e poi normale, anche questa è una situazione di declino, anche se la sua performance rientra nella normalità. Così come individui che hanno sempre avuto performance cognitive basse, se restano tali non indicano un disturbo neurocognitivo, poiché non hanno registrato un abbassamento ulteriore.

Le informazioni sulle performance precedenti e attuali possono essere ottenute da colloqui con il paziente o con i familiari, da consultazione di documentazione clinica precedente, da osservazioni, da test neuropsicologici, anche se questi ultimi non sempre sono disponibili o comunque non sempre possiedono una taratura specifica su un campione di individui omogenei per livello di istruzione, età, ecc. a quello a cui vengono sottoposti.

Anche la distinzione tra disturbo neurocognitivo maggiore o lieve non è netta, ma si colloca su un continuum. Tale disturbo prevale nella popolazione over 60, si presenta spesso in contesti di malattie

mediche, fragilità e declino sensoriale. **Se presente in giovane età, è possibile che si tratti di una simulazione di malattia o di un disturbo fittizio.** I sintomi si notano soprattutto in individui che prima svolgevano attività lavorative, poiché i familiari e i colleghi rilevano un **peggioramento** delle prestazioni. I familiari stessi possono essere coinvolti come informatori e nel sostegno, fornendo loro apposite indicazioni. I fattori di rischio/prognosi variano non solo a seconda del sottotipo, ma anche per l'età di esordio.

294

La diagnosi differenziale si può effettuare rispetto a:

- funzioni cognitive normali: spesso il confine con la patologia è labile.
- delirium: soprattutto se è persistente, è difficile da distinguere dal disturbo neurocognitivo, ma la differenziazione risiede nel maggiore livello di arousal di quest'ultimo.
- disturbo depressivo maggiore, che però si distingue per prestazioni cognitive più specifiche e variabili.
- disturbo specifico dell'apprendimento e altri disturbi del neurosviluppo.

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 o 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 3 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 o da un altro disturbo mentale neurologico o sistemicamente.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La presentazione tipica del disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer è **amnestica**, cioè con compromissione della memoria e dell'apprendimento, a volte accompagnata da deficit delle funzioni esecutive.

In particolare, la memoria dichiarativa viene compromessa, mentre quella procedurale e la cognizione sociale possono essere conservate. È essenziale la diagnosi di Alzheimer **probabile o possibile**, che può essere confermata definitivamente soltanto post-mortem, con analisi istologiche del tessuto cerebrale.

Tali compromissioni sono presenti anche se il livello di gravità del disturbo neurocognitivo è lieve, anche perché sia quello lieve che quello grave progrediscono costantemente, fino alla morte. La diagnosi viene spesso effettuata verso gli 80 anni, quando spesso sono presenti anche altre malattie mediche, mentre diagnosi più precoci possono segnalare mutazioni genetiche.

Dopo la diagnosi la durata media della sopravvivenza è di 10 anni, anche se alcuni sopravvivono anche 20 anni. Nell'ultimo periodo della vita, questi individui sono muti e costretti a letto.

La diagnosi differenziale si può effettuare rispetto a:

- Altri disturbi neurocognitivi che insorgono in assenza di Alzheimer, per analoghi processi neurodegenerativi.
- Altra malattia concorrente, neurologica o sistemica, come disturbi della tiroide.
- Disturbo depressivo maggiore, poiché anche quest'ultimo può interferire con le prestazioni cognitive, in particolare attentive e mnestiche, compromettendo il funzionamento globale quotidiano, ma in questo caso non sono presenti processi neurodegenerativi.

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) 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 sistematico.

Un probabile **Disturbo neurocognitivo frontotemporale** viene diagnosticato se è presente uno dei seguenti:

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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Questo disturbo è caratterizzato da una compromissione nel comportamento, nella personalità e nel linguaggio, connessi a diverse tipologie di atrofia cerebrale e rilevabili con tomografia computerizzata o risonanza magnetica.

Nelle diagnosi, occorre valutare se vengono soddisfatti i criteri per la variante relativa al linguaggio o al comportamento, ma in alcuni individui sono presenti entrambe. Nella variante del comportamento, l'individuo può cambiare credenze politiche o religiose, assumere comportamenti ripetitivi, di accumulo, alimentazione eccessiva e perdita di controllo degli sfinteri. L'individuo spesso ha scarsa consapevolezza dei sintomi, per questo la consultazione medica viene ritardata. La diagnosi si effettua mediamente verso i 60 anni, con una sopravvivenza media dopo la diagnosi di 6-11 anni.

La diagnosi in età relativamente giovane può compromettere gravemente il funzionamento sociale e lavorativo, prevedendo l'istituzionalizzazione o il collocamento in case di cura.

La diagnosi differenziale si può effettuare rispetto a:

- altri disturbi neurocognitivi che presentano sintomi simili, ma quadri neurologici diversi. Ad esempio, il DNC frontotemporale dà sintomi simili alla malattia del motoneurone, che deve essere accertata con indagini strumentali e di neuroimaging.
- con altre malattie neurologiche o con disturbi e condizioni mediche.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy

Criteri diagnostici

- A. Sono soddisfatti i criteri diagnostici 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 2 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, complesse e dettagliate
- c. Caratteristiche spontanee di parkinsonismo, con esordio seguente allo sviluppo del 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 giustificato da malattie cardiovascolari, un'altra malattia neurodegenerativa, gli effetti di una sostanza o un altro disturbo mentale, neurologico o sistemico.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy (DNCCL), nel caso del disturbo neurocognitivo maggiore, corrisponde alla condizione nota come **Demenza a corpi di Lewy** e comprende declino cognitivo graduale, allucinazioni visive o in altre modalità sensoriali, depressione e deliri. Questi sintomi non riescono ad essere osservati nel corso di una visita clinica, quindi per ricostruirli è necessario un colloquio con un *caregiver* che si occupa dell'individuo che si sospetta soffra di questa patologia.

Dopo il declino cognitivo insorge anche il parkinsonismo, ma si distingue dal Parkinson perché in quest'ultimo si presentano prima i sintomi motori.

La metà di questi individui ha grave sensibilità alle sostanze neurolettiche, per questo tali farmaci dovrebbero essere somministrati con cautela. Spesso questi individui sperimentano anche provvisorie cadute o perdite della coscienza. A livello fisiologico, sono presenti ipotensione ortostatica e incontinenza urinaria. Spesso tale patologia è preceduta da delirium e progredisce gradualmente fino alla demenza e poi alla morte.

Infatti le persone che hanno questa patologia sono funzionalmente molto più compromesse rispetto a quelle affette da Parkinson e demenza. Spesso è contemporaneamente presente la malattia di Alzheimer.

La diagnosi differenziale si può effettuare rispetto al disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto al morbo di Parkinson per la sequenza temporale in cui appaiono i sintomi, perché nel Parkinson appaiono prima quelli motori, mentre quelli cognitivi non raggiungono lo stadio del declino neurocognitivo maggiore prima di un anno, viceversa per la demenza di Lewy.

Disturbo neurocognitivo vascolare maggiore o lieve

297

Criteri diagnostici

- A. Sono soddisfatti i criteri diagnostici 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 del declino è prominente nell'attenzione complessa (tra cui la velocità di elaborazione) e nella funzione esecutiva frontale.
 - C. Ci sono evidenze della presenza della 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 sistematico.
- 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 (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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il disturbo neurocognitivo vascolare maggiore o lieve (DNC) richiede la presenza di un disturbo neurocognitivo e di una malattia cerebrovascolare che possa spiegare i deficit cognitivi. L'eziologia cerebrovascolare può variare, da patologie dei grossi vasi sanguigni a patologie dei piccoli vasi. Il quadro clinico è eterogeneo proprio in virtù della diversa estensione e localizzazione dei problemi cerebrovascolari. Le lesioni, infatti, possono essere focali, multifocali o diffuse.

Gli individui con questa patologia hanno anche deficit cognitivi, ma in alcuni periodi c'è maggiore stabilità o miglioramento anche se, appena si verifica un evento acuto, questi deficit si ripresentano. Gli eventi acuti a livello cerebrovascolare creano, infatti, la rottura di circuiti neuronali corticali e sottocorticali, generando conseguenza deficit cognitivi.

Dal neuroimaging emerge come eventi acuti siano prevalentemente ictus, emorragie, infarti, alterazioni ischemiche subcorticali. Ciò si ripercuote anche sull'umore, sulla personalità, creando abulia. La depressione, insieme al rallentamento psicomotorio, è molto comune tra gli anziani con malattia ischemica progressiva dei piccoli vasi ("depressione vascolare").

La DNC vascolare è la seconda causa più comune di malattie croniche dopo la malattia di Alzheimer ed è diffusa oltre i 65 anni.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- altri disturbi neurocognitivi, poiché infarti accidentali e lesioni della sostanza bianca sono comuni negli anziani e bisogna valutare se proprio esse siano la causa dei deficit. Per fare una distinzione, occorrono esami di neuroimaging e indagini con appositi marker.
- altre condizioni mediche, come tumori, sclerosi multipla, encefalite.
- altri disturbi mentali, che possono avere sintomi analoghi, ma senza problemi cerebrovascolari.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a trauma cranico

298

Criteri diagnostici

- Sono soddisfatti i criteri diagnostici per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.
- 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 (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.

Specificatori: valutare la gravità del DNC, non il danno cerebrale traumatico sottostante.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il DNC maggiore o lieve dovuto a trauma cranico causa deficit cognitivi che insorgono dopo una lesione o un impatto alla testa, ad esempio un trauma cranico, che consiste in un trauma cerebrale con perdita di coscienza, amnesia, disorientamento, confusione e, nei casi più gravi, anche segni neurologici. Per essere attribuibili al trauma, i deficit cognitivi devono presentarsi subito dopo di esso. Il quadro cognitivo però è molto variabile: può colpire maggiormente la memoria, oppure l'attenzione o la velocità di elaborazione delle informazioni. Nei traumi più gravi vi sono anche emorragia, contusione o ferita penetrante. Possono presentarsi anche disturbi emotivi come irritabilità, facilità alla frustrazione, tensione, labilità affettiva.

In America si verificano ogni anno 1,7 milioni di traumi cranici; esso infatti è uno degli incidenti più frequenti al pronto soccorso dopo cadute, colpi al capo da sport di contatto o incidenti automobilistici. I sintomi sono più gravi dopo il trauma, ma si attenuano gradualmente.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con

- altri disturbi neurocognitivi, perché hanno sintomi simili, ma non hanno il trauma cranico.
- il disturbo post-traumatico, che ha sintomi simili, ma segue a un evento traumatico.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci

Criteri diagnostici

- Sono soddisfatti i criteri diagnostici per il disturbo neurocognitivo (DNC) maggiore o lieve.
- Le compromissioni cognitive 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 cognitivi è coerente con la tempistica dell'uso e dell'astinenza dalla sostanza o dal farmaco (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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il DNC maggiore o lieve indotto da sostanze/farmaci è caratterizzato da deficit neurocognitivi che persistono oltre la normale durata dell'intossicazione e dell'astinenza acuta. Inizialmente, queste manifestazioni possono riflettere la graduale ripresa delle funzioni cognitive dopo l'intossicazione, e per molti mesi si possono osservare miglioramenti.

Mentre alcuni deficit si verificano per tutte le sostanze, altri sono associati a specifiche categorie di sostanze. Ad esempio il DNC indotto da sedativi, ansiolitici o ipnotici può presentare maggiori deficit di memoria, mentre quello indotto da alcol presenta deficit di memoria, apprendimento e funzioni esecutive. In particolare, nel *DNC amnestico confabulatorio indotto da alcol (DNC di Korsakoff)* vi è amnesia prominente, cioè difficoltà ad apprendere nuove informazioni e tendenza alla confabulazione. Nel caso del consumo di amfetamine, possono manifestarsi evidenze di danno vascolare.

Questi effetti hanno conseguenze sull'umore, che diventa irritabile, disforico e si presentano anche disturbi del sonno. Nelle forme gravi, è presente anche rallentamento motorio.

Sono più diffusi i DNC indotti da alcol e fumo, perché sono le sostanze più diffuse e facilmente accessibili. Nel caso dell'alcol, la risonanza magnetica documenta anche assottigliamento corticale, perdita di sostanza bianca e allargamento di solchi e ventricoli. Questi disturbi tendono ad avere un inizio nell'adolescenza e un picco tra 20 e 30 anni.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con

- altri disturbi da uso, intossicazione o astinenza da sostanze o farmaci, perché hanno sintomi simili.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a infezione da HIV

Criteri diagnostici

- A. Sono soddisfatti i criteri diagnostici per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.
- B. E' presente una documentata infezione da virus dell'HIV.
- C. Il disturbo neurocognitivo non è meglio spiegato da condizioni non-HIV, comprese le malattie cerebrali secondarie come la leucoencefalopatia multifocale progressiva o la meningite criptococcica.
- E. Il disturbo neurocognitivo non è attribuibile a un'altra condizione medica o non è meglio spiegato da un disturbo mentale.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il DNC maggiore o lieve dovuto ad HIV si acquisisce attraverso l'esposizione a fluidi corporei di una persona infetta attraverso rapporti sessuali non protetti, uso di droghe per iniezione, esposizione accidentale o iatrogena per fornitura di sangue contaminato, lesioni dovute a punture con aghi da parte del personale medico ecc. L'HIV infetta diversi tipi di cellule, in particolare quelle immunitarie. La forma avanzata di questa infezione da HIV è definita AIDS.

Alcuni individui infetti da HIV sviluppano un DNC con pattern sottocorticale con compromissione delle funzioni esecutive, difficoltà di attenzione e memoria, rallentamento psicomotorio ecc. Oltre la metà degli individui con HIV sviluppa un DNC che può avere un decorso varabile: esso può peggiorare, risolversi o avere un andamento fluttuante.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con

- altri disturbi neurocognitivi, perché hanno sintomi simili, ma non hanno l'HIV.
- altre condizioni mediche e neurologiche come problemi cerebrovascolari, traumi cranici.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattie da prioni

Criteri diagnostici

- A. Sono soddisfatti i criteri diagnostici 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 miocloni o atassia, o evidenze di biomarker.
- D. Il disturbo neurocognitivo non è attribuibile a un'altra condizione medica o non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il DNC maggiore o lieve dovuto a malattie da prioni include i DNC dovuti a un gruppo di *encefalopatie spongiformi subacute* causate da agenti trasmissibili noti come **prioni**. La malattia più nota è la malattia di **Creuzfeldt-Jakob** (MCJ) che causa deficit neurocognitivi, atassia, movimenti anomali, riflesso da trasalimento. Nel giro di 6 mesi la malattia progredisce verso il DNC maggiore. In alcuni individui vi sono anche sintomi psichiatrici come ansia e depressione. Le malattie da prioni sono diagnosticate attraverso marker diagnostici che possono essere rilevati anche attraverso biopsia o autopsia. Il picco di età è verso i 67 anni.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con

- altri disturbi neurocognitivi, perché hanno sintomi simili, ma non la malattia da prioni.
- altre condizioni mediche e neurologiche, come problemi cerebrovascolari e traumi cranici.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson

Criteri diagnostici

- A. Sono soddisfatti i criteri diagnostici 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 o 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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La principale caratteristica del DNC maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson è il declino cognitivo successivo al morbo di Parkinson.

Il DNC si considera come **probabilmente** dovuto a morbo di Parkinson se non ci sono evidenze di altri disturbi che giustificherebbero il declino e il morbo di Parkinson precede chiaramente questo declino, mentre si considera **possibile** quando non ci sono evidenze di altri disturbi o il morbo di Parkinson precede: in sintesi, per considerarlo probabile occorrono entrambe le condizioni, mentre per considerarlo possibile ne basta una.

Oltre ai deficit cognitivi ci sono sintomi che riguardano l'umore, come depressione, ansia, e anche il comportamento e la percezione, come allucinazioni, deliri, cambiamenti di personalità ed anche problemi del sonno, sia nella fase REM che per una sonnolenza diurna.

In USA, questo disturbo è in costante aumento tra la popolazione con età superiore ai 65 anni; mediamente inizia a 60 anni e progredisce inarrestabilmente. Vi sono dei fattori di rischio/prognosi ambientali, come l'esposizione ad erbicidi e pesticidi, ma anche fattori genetici/fisiologici.

Per diagnosticarlo sono utili gli esami strumentali con neuroimaging strutturale e scansioni del trasportatore della dopamina, per differenziare le demenze correlate ai corpi di Lewy (come il morbo di Parkinson e la demenza a corpi di Lewy) e quelle non correlate ad essi (come l'Alzheimer). Inoltre, i *test neuropsicologici* sono utili per valutare i deficit cognitivi e per non porre sempre al centro le difficoltà motorie, tipiche del morbo di Parkinson, poiché sono anche i deficit cognitivi a compromettere il funzionamento globale.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve a corpi di Lewy, con una differenza basata su tempistica e sequenza dei sintomi motori e cognitivi, poiché nel morbo di Parkinson i sintomi motori si presentano prima di tutti, generalmente almeno 1 anno prima di quelli cognitivi.
- il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto ad Alzheimer, perché in quest'ultimo non ci sono i sintomi motori o comunque non sono predominanti.
- il disturbo neurocognitivo vascolare maggiore o lieve, perché in quest'ultimo ci sono infarti o problemi ai piccoli vasi.
- il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a un'altra condizione medica, ad esempio atrofia, tumori, idrocefalo, che si evidenziano dalle indagini strumentali.
- parkinsonismo indotto da neurolettici, perché ci sono sia sintomi motori che cognitivi, ma dovuti all'assunzione di questi farmaci.
- altre condizioni mediche es. metaboliche, fisiche, ecc che possono aver provocato i sintomi oppure ad effetti collaterali di farmaci, in particolare gli antagonisti dopaminergici.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a malattia di Huntington

Criteri diagnostici

- A. Sono soddisfatti i criteri diagnostici per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.
- B. C'è esordio insidioso e progressione graduale.
- C. E' clinicamente accertata la malattia di Huntington, o il rischio per la malattia di Huntington basato sulla storia familiare o sui test genetici.
- D. Il disturbo neurocognitivo non è attribuibile a un'altra condizione medica o non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il deterioramento progressivo del DNC dovuto a malattia di Huntington inizia dalle funzioni esecutive e si estende alla memoria, all'apprendimento, al comportamento motorio. Sono presenti ansia, depressione, irritabilità e sintomi ossessivo-compulsivi. Mediamente insorge a 40 anni, quando gli individui colpiti riferiscono una perdita di capacità di impegnarsi sul lavoro. Poiché ciò si presenta negli anni più produttivi della vita, l'impatto è altamente disfunzionale. Con il progredire della malattia, ci sono sempre maggiori difficoltà di deambulazione, disartria e comportamenti irritabili.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- altri disturbi neurocognitivi, perché hanno sintomi simili, ma non la malattia di Huntington.
- altre condizioni mediche e neurologiche, come problemi cerebrovascolari e traumi cranici.
- altri disturbi mentali.

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

Criteri diagnostici

- A. Sono soddisfatti i criteri diagnostici 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 (es., la malattia di Alzheimer, infezione da HIV).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Alcune condizioni mediche possono provocare un DNC; ad esempio lesioni strutturali per tumori cerebrali, ematoma, idrocefalo, ipossia, disturbi endocrini come ipotiroidismo, ipercalcemia, ipoglicemia, oppure condizioni nutrizionali o infezioni, disturbi del sistema immunitario, insufficienza epatica o renale, condizioni metaboliche o neurologiche. Se i deficit cognitivi insorgono proprio dopo l'instaurarsi di queste condizioni, è ipotizzabile che siano dovuti ad esse, anche se occorre accertarlo con esami clinici.

302

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- altri disturbi neurocognitivi, perché hanno sintomi simili, ma non una specifica condizione medica.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a eziologie molteplici

Criteri diagnostici

A. Sono soddisfatti i criteri diagnostici 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 più di un processo eziologico, escludendo sostanze (es., disturbo neurocognitivo dovuto a malattia di Alzheimer con conseguente sviluppo di un 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 o da un altro disturbo mentale e non si verificano esclusivamente durante il corso di un delirium.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Altre condizioni mediche possono provocare un DNC. Se i deficit cognitivi insorgono proprio dopo l'instaurarsi di queste condizioni, è ipotizzabile che siano dovuti ad esse, anche se occorre accertarlo con esami clinici.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- altri disturbi neurocognitivi, perché hanno sintomi simili, ma non altre condizioni mediche.

Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi, che causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica

Disturbi di personalità

Il 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.

I disturbi di personalità si dividono in **3 gruppi** che riflettono un'impostazione categoriale, secondo cui ciascun disturbo di personalità costituisce un'entità clinica distinta.

- Nel gruppo A, vengono descritte personalità eccentriche o bizzarre.
- Nel gruppo B, troviamo personalità emotive, imprevedibili, amplificate.
- Nel gruppo C, troviamo personalità ansiose e paurose.

Un'alternativa alla prospettiva categoriale è quella **dimensionale**, secondo cui i disturbi di personalità sono varianti disadattive di tratti meno distinguibili tra loro e che prevedono confini meno netti tra normalità e patologia. I diversi disturbi di personalità sono accomunati da alcuni aspetti, che sono elencati nel *disturbo di personalità in genere*.

303

Nella categoria dei DDP sono inclusi:

- disturbo paranoide
- disturbo schizoide
- disturbo schizotipico
- disturbo antisociale
- disturbo borderline
- disturbo istrionico
- disturbo narcisistico
- disturbo evitante
- disturbo dipendente
- disturbo ossessivo-compulsivo
- modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica
- disturbo di personalità con altra specificazione e senza specificazione

Disturbo di personalità in genere

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 2 (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, abilità 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 (es. una sostanza di abuso, un farmaco) o di un'altra condizione medica (es. un trauma cranico).

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

I **tratti di personalità** sono pattern costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente. Soltanto quando sono rigidi e disadattivi, compromettendo il funzionamento globale, diventano patologici, anche se l'individuo può non percepirli come tali, perché **egosintonici**. Tuttavia, i tratti sono evidenti nella prima età adulta e sono stabili; occorre distinguerli da pattern che compaiono in reazione a specifici eventi o situazioni stressanti. I disturbi di personalità si possono diagnosticare soltanto in età adulta.

Talvolta possono essere diagnosticati anche in adolescenza, purché i sintomi siano presenti da almeno un anno. Ciò non vale per il disturbo antisociale, che può essere diagnosticato soltanto dopo i 18 anni, mentre eventuali comportamenti antisociali precedenti rientrano nel *disturbo della condotta*. Occorre inoltre valutare anche variabili psicosociali come la cultura, l'etnia, la religione, i costumi.

Nel formulare la diagnosi, occorre distinguere se in un individuo sono presenti soltanto alcuni tratti disfunzionali oppure la compromissione è così pervasiva da sfociare in un disturbo di personalità. I disturbi di personalità devono essere anche distinti dai disturbi psicotici, durante i quali possono comparire pattern tipici dei disturbi di personalità, il disturbo d'ansia e depressivo, il disturbo da uso di sostanze, che possono indurre pattern disfunzionali, infine da modificazioni di personalità dovute a condizioni mediche.

GRUPPO A

304

Disturbo paranoide di personalità

Criteri diagnostici

A. Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri, tanto che le loro motivazioni vengono interpretate come malevoli, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una svariati contesti, come indicato da 4 (o più) dei seguenti elementi:

- 1) sospetta, senza fondamento, di essere sfruttato/a, danneggiato/a o ingannato/a.
- 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 (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 reagire con rabbia o a contrattaccare.
- 7) sospetta in modo ricorrente, senza giustificazione, della fedeltà del coniuge o del partner sessuale.

B. 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.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del DP è un pattern di diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri, tanto che le loro motivazioni vengono interpretate come malevoli. Questo pattern inizia nella prima età adulta ed è presente in svariati contesti. Gli individui con questo disturbo presumono che gli altri li sfruttino, li danneggino o li ingannino, anche senza prove a supporto (A1). Sospettano sulla base di prove insignificanti o inesistenti, che gli altri complottono contro di loro e possano aggredirli improvvisamente, in ogni momento e senza alcuna ragione. Spesso sentono di essere stati irreversibilmente feriti da un'altra persona, anche in assenza di prove oggettive. Dubitano, senza giustificazione, della lealtà e affidabilità di amici o colleghi, le cui azioni vengono esaminate minuziosamente per evidenziare intenzioni ostili (A2). Ogni deviazione percepita dall'affidabilità o lealtà serve a sostenere le loro supposizioni. Sono talmente stupiti quando un collega o un amico si mostrano leali che non possono fidarsi né credere loro. Questi individui sono riluttanti a confidarsi o a entrare in intimità con altri, poiché temono che le informazioni vengano usate contro di loro (A3). Possono rifiutare di rispondere a domande personali, dicendo "non sono fatti vostri". Leggono significati umilianti e minacciosi in osservazioni o eventi benevoli (A4). I complimenti vengono male interpretati. Portano costantemente rancore e sono incapaci di dimenticare insulti, ingiurie o offese che pensano di avere ricevuto (A5). Piccole offese evocano grandi ostilità. Sono pronti a contrattaccare e reagire con rabbia agli insulti percepiti (A6). Possono essere gelosi in modo patologico, sospettando che il coniuge li tradisca (A7). Possono raccogliere "prove" banali o circostanziate per sostenere le loro convinzioni. Possono pretendere di mantenere un controllo completo delle relazioni intime per evitare di essere traditi. Il disturbo non dovrebbe essere diagnosticato se il pattern di comportamento si manifesta esclusivamente durante il decorso di schizofrenia, disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche o se è attribuibile agli effetti fisiologici di condizione medica o neurologica (B).

Questi individui hanno grandi difficoltà ad andare d'accordo con gli altri e hanno spesso problemi di relazione. Sebbene possano sembrare freddi, razionali e privi di emotività, più spesso mostrano una instabile gamma di sentimenti, in cui predomina l'ostilità. Poiché questi individui non hanno fiducia negli altri, tendono ad avere una forte necessità di essere autosufficienti ed autonomi. Per la rapidità a contrattaccare in risposta alle minacce percepite, possono essere litigiosi ed essere coinvolti in numerose dispute legali. Possono presentare irrealistiche fantasie grandiose; possono essere percepiti come "fanatici" e fondare "culti" o gruppi strettamente aggregati con altri che condividono i loro sistemi di convinzioni paranoidi. Questi individui possono anche presentare brevi episodi psicotici; in alcuni casi, il disturbo paranoide è l'antecedente premorboso della schizofrenia.

Il disturbo può manifestarsi per la prima volta nell'infanzia e nell'adolescenza con una tendenza alla solitudine, scarse relazioni con i coetanei, ansia sociale, rendimento scolastico inadeguato, ipersensibilità, pensieri e linguaggio peculiari e fantasie idiosincratiche. Possono apparire bambini "strani" o eccentrici ed essere oggetto di derisione. Tra i fattori di rischio/prognosi abbiamo fattori genetici e fisiologici: il disturbo, infatti, ha un elemento di familiarità.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altri disturbi mentali con sintomatologia psicotica: disturbo delirante, persecutorio, schizofrenico vanno distinti dal paranoide di personalità, poiché caratterizzati da un periodo con sintomi psicotici persistenti. Il disturbo di personalità dev'essere presente prima dell'esordio dei sintomi psicotici e deve persistere quando i sintomi psicotici sono in remissione.
- Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica.
- Disturbi da uso di sostanze.
- Tratti paranoidi associati alla comparsa di handicap fisici.
- Altri DDP e tratti di personalità: ad es. il disturbo schizotipico di personalità, con cui condivide i tratti di sospettosità, distacco dagli altri e ideazione paranoide, ma che include anche sintomi come pensiero magico, esperienze percettive inusuali e pensiero ed eloquio stravaganti. I tratti paranoidi possono essere adattivi, soprattutto in ambienti minacciosi. Il disturbo dovrebbe essere diagnosticato solo quando i tratti sono inflessibili, non adattivi e persistenti e causano compromissione funzionale o disagio significativo.

Disturbo schizoide di personalità

Criteri diagnostici

A. Un pattern pervasivo di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di espressioni emotive in situazioni interpersonali, che inizia nella prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

1) non desidera né prova piacere nelle relazioni affettive, incluso il far parte di una famiglia.

2) quasi sempre sceglie attività individuali.

3) dimostra poco o nessun interesse di avere esperienze sessuali con un'altra persona.

4) prova piacere in poche o nessuna attività.

5) non ha amici scelti o confidenti, eccetto i parenti di primo grado.

6) sembra indifferente alle lodi o alle critiche degli altri.

7) mostra freddezza emotiva, distacco o affettività appiattita.

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, del disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche, di un altro disturbo psicotico o di un disturbo dello spettro dell'autismo, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Le caratteristiche essenziali di questo disturbo sono un pattern pervasivo di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di espressioni emotive in situazioni interpersonali, che inizia nella prima età adulta. Questi individui sembrano non desiderare intimità, appaiono indifferenti alle opportunità di stabilire relazioni affettive e non traggono soddisfazione nel far parte di una famiglia o gruppo sociale (A1). Preferiscono passare il tempo da soli e scelgono attività solitarie, individuali, che non implicano l'interazione con gli altri (A2). Preferiscono compiti meccanici o astratti, come giochi al pc e matematici. Possono dimostrare poco interesse di avere esperienze sessuali con un'altra persona (A3) e provano piacere in poche o nessuna attività (A4). Solitamente, vi è una ridotta capacità generale di provare piacere. Questi individui non hanno amici stretti o confidenti (A5). Spesso sembrano indifferenti all'approvazione o alle critiche altrui (A6). Possono essere ignari delle sottigliezze dell'interazione sociale e spesso non rispondono adeguatamente alle condotte sociali. Mostrano un aspetto mite, non reattivo. Spesso mostrano un'affettività ridotta, apparendo freddi e distaccati (A7). In circostanze molto rare, possono trovarsi temporaneamente a proprio agio nel rivelare se stessi, e riconoscere di provare sentimenti dolorosi legati alle interazioni sociali.

Questi individui hanno difficoltà ad esprimere rabbia, anche in risposta a una provocazione diretta. Le loro vite possono apparir loro senza una direzione, e possono sembrare "estraniarsi" dai loro obiettivi. Spesso reagiscono passivamente alle circostanze avverse e hanno difficoltà a rispondere appropriatamente a eventi di vita importanti. Può essere compromesso il funzionamento in ambito lavorativo, particolarmente se è richiesto un coinvolgimento interpersonale, ma funzionano bene se lavorano in condizioni di isolamento (es. lavoro da casa). Possono, in risposta allo stress, presentare episodi psicotici molto brevi. In alcuni casi, invece, il disturbo schizoide può risultare l'antecedente premorboso del disturbo delirante o della schizofrenia.

Il disturbo può manifestarsi per la prima volta nell'infanzia e nell'adolescenza con una tendenza alla solitudine, scarse relazioni sociali e rendimento scolastico inadeguato. Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo:

- Fattori genetici e fisiologici: prevalenza aumentata tra i familiari di individui con schizofrenia o disturbo schizotipico di personalità.

La **diagnosi differenziale** può essere effettuata con disturbi psicotici, uso di sostanze o condizioni mediche che possono aver provocato questi atteggiamenti, e con altri disturbi e tratti di personalità e con i disturbi dello spettro autistico nei quali è presente l'isolamento, ma anche altri sintomi riguardanti l'eloquio, il comportamento stereotipato, ecc.

Anche gli individui "solitari" possono manifestare tratti di personalità che potrebbero essere considerati schizoidi. Tuttavia, solo quando questi tratti sono inflessibili e non adattivi e causano compromissione funzionale adattiva, configurano un disturbo schizoide di personalità.

Disturbo schizotipico di personalità

Criteri diagnostici

A. Una pattern pervasivo di deficit sociali ed interpersonali, caratterizzato da disagio acuto e ridotta capacità riguardanti 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 5 (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 (es. superstizione, credere nella chiaroveggenza, nella telepatia o nel "sesto senso"; nei bambini e adolescenti, fantasie e pensieri bizzarri).
- 3) esperienze percettive insolite, incluse illusioni corporee.
- 4) pensiero ed eloquio strani (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 ad essere associata con preoccupazioni paranoidi piuttosto che a un giudizio negativo di sé.
 B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, del disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche, di un altro disturbo psicotico o di un disturbo dello spettro dell'autismo.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale 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, che inizia nella prima età adulta ed è presente in svariati contesti. Questi individui hanno spesso idee di riferimento, ossia interpretazioni scorrette di avvenimenti casuali e di eventi esterni, come se avessero un significato particolare e insolito per la specifica persona (A1). Queste dovrebbero essere distinte dai deliri di riferimento, in cui le opinioni sono sostenute da una convinzione delirante. Questi individui possono essere superstiziosi, preoccupati da fenomeni paranormali in contrasto con le norme della loro cultura (A2) ecc. Possono sentire, inoltre, di avere il potere speciale di intuire gli eventi prima che avvengano i di leggere i pensieri degli altri. Possono credere di avere un controllo magico sugli altri, che può essere esercitato direttamente o indirettamente (es. attraverso il compimento di rituali magici). Possono essere presenti alterazioni percettive (A3). Il loro eloquio può includere frasi insolite; è spesso inoltre vago, rallentato, ma senza deragliamenti e incoerenze (A4).

Questi individui sono spesso sospettosi e possono avere un'ideazione paranoide (A5). Di solito non sono in grado 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 (A6). Sono considerati eccentrici a causa di manierismi, abbigliamento trasandato e disattenzione per le convenzioni sociali (A7). Vivono come problematico l'avere a che fare con gli altri e manifestano un ridotto desiderio di contatti intimi. Non hanno quindi amici stretti (A8) e nelle situazioni sociali sono ansiosi (A9). Interagiscono quando devono farlo, ma preferiscono stare per conto loro.

Gli individui con disturbo schizotipico spesso richiedono il trattamento per i sintomi associati di ansia o depressione piuttosto che per le manifestazioni del disturbo di personalità. Possono, in risposta allo stress, presentare episodi psicotici transitori o sintomi psicotici clinicamente significativi. Dal 30 al 50% degli individui con questo disturbo presenta anche una diagnosi contemporanea di disturbo depressivo maggiore.

Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo fattori genetici e fisiologici: sembra infatti avere una concentrazione familiare ed ha un'alta prevalenza tra consanguinei di primo grado.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altri disturbi mentali con sintomatologia psicotica: il disturbo può essere distinto da disturbo delirante, schizofrenia e bipolare e depressivo con sintomi psicotici, perché questi disturbi sono tutti caratterizzati da un periodo di sintomi psicotici persistenti (es. deliri, allucinazioni). Per porre una diagnosi di schizotipico di personalità, i sintomi del disturbo devono essere presenti prima di tali sintomi.
- Disturbi del neurosviluppo: es. disturbo dello spettro dell'autismo, disturbi della comunicazione e del linguaggio.
- Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica.
- Disturbi da uso di sostanze.
- Altri disturbi di personalità. Lo schizotipico ha una struttura che ricorda quella psicotica, ma il funzionamento non è così compromesso; presenta alcune dispercezioni, ma non gravi. Ha una sua identità che può essere diversa rispetto alla norma, disadattiva, ma ancora non c'è quella destrutturazione grave tipica delle psicosi.

GRUPPO B

Disturbo antisociale di personalità

Criteri diagnostici

308

Un pattern pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dall'età di 15 anni, come indicato da 3 (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 spericolata della sicurezza propria e degli altri.
 - 6) irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere una attività lavorativa continuativa o di far fronte ad 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 dipolare.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il disturbo antisociale è denominato anche *psicopatia* o *disturbo dissociale* ed è caratterizzato da manipolazione e disonestà, che comportano violazione delle leggi, furti, atti vandalici, violenza, frodi. Inoltre, gli individui con questo disturbo sono impulsivi, irritabili, aggressivi, tanto che spesso sono coinvolti in risse e subiscono arresti, trascorrendo anni nelle istituzioni penali.

A causa dell'impulsività e del comportamento irrispettoso verso gli altri, verso cui non provano empatia né senso di colpa, anche quando commettono un'azione lesiva verso di loro, non riescono a mantenere stabili i rapporti sociali - in genere improntati allo sfruttamento - né quelli lavorativi. Non si scusano quando compiono atti illegali, anzi colpevolizzano le vittime, accusandole ad es. di essere stupide e di meritare per questo il loro destino.

Non provano rimorso né si preoccupano delle conseguenze delle proprie azioni o della sicurezza propria e altrui. Sono sprezzanti con gli altri, sentendosi superiori e meritevoli di potere. Non riescono a stabilizzare le relazioni affettive, cambiando spesso partner sessuali. Come genitori, spesso sono trascuranti e aggressivi e ricorrono alle punizioni fisiche.

Tra i fattori di rischio e prognosi citiamo fattori genetici e fisiologici: il disturbo antisociale è più comune tra consanguinei di primo grado. Sembra inoltre essere associato ad uno stato socioeconomico basso e agli ambienti urbani. Nel valutare il disturbo, è utile al clinico tenere in considerazione il contesto di riferimento. Il disturbo è molto più comune nei maschi che nelle femmine. La diagnosi non viene attribuita ad individui al di sotto dei 18 anni, e sussiste solo se sono presenti in anamnesi alcuni sintomi del disturbo della condotta prima dei 15 anni.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con

- Disturbi da uso di sostanze: quando il comportamento antisociale si associa a un disturbo da uso di sostanze, non viene diagnosticato l'antisociale.
- 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 antisociale di personalità.
- Altri DDP: Se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più DDP, possono essere diagnosticati insieme. Alcuni disturbi invece vanno distinti tra loro. Ad

- es. il narcisistico di personalità condivide alcune caratteristiche di brutalità, disinvolta, superficialità, ma non hanno caratteristiche di impulsività, aggressività e disonestà.
- Comportamento criminale non associato a un DDP: il disturbo antisociale va distinto dal comportamento criminale adottato per vantaggio personale non accompagnato da tratti di personalità specifici di questo disturbo.

Disturbo borderline di personalità

309

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 uno (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, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
- 3) alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili.
- 4) impulsività in almeno 2 aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (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 (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 (es. rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
- 9) ideazione paranoide transitoria associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica essenziale del DB è 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. Questi individui compiono sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono (1). La percezione della separazione o del rifiuto imminenti può portare ad alterazioni profonde dell'immagine di sé, dell'umore, della cognitività e del comportamento. Possono credere che l'altro voglia abbandonarli perché "cattivi". I 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.

Gli individui con disturbo borderline hanno un pattern di relazioni instabili e intense (2). Possono passare rapidamente dall'iperidealizzazione alla svalutazione dell'altro. 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 (3). Possono esservi improvvisi cambiamenti di opinioni e progetti a proposito della carriera, dell'identità sessuale, dei valori e dei tipi di amici. Possono improvvisamente passare dal ruolo di supplice e vittima a quello di giusto vendicatore di un maltrattamento precedente. Sebbene abbiano un'idea di sé come cattivi e pericolosi, possono talvolta sentire di non esistere affatto. Manifestano impulsività in almeno 2 aree potenzialmente dannose per sé (4). Possono giocare d'azzardo, spendere soldi in modo irresponsabile, abbuffarsi, abusare di sostanze, avere rapporti sessuali non sicuri, guidare spericolatamente. Questi individui manifestano ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante (5). Il suicidio riuscito si verifica nell'8-10% dei casi. Di solito, la causa scatenante è la minaccia di abbandono. L'automutilazione può

verificarsi durante esperienze dissociative e spesso porta sollievo, riaffermando la capacità di sentire o espiare la sensazione di essere "cattivo".

L'instabilità affettiva è dovuta ad una marcata reattività dell'umore, ad es. episodica intensa disforia, irritabilità ecc. che durano poche ore. L'umore disforico di base è spesso spezzato da periodi di rabbia, panico o disperazione e raramente alleviato da periodi di benessere. Gli individui affetti da questo disturbo possono inoltre essere afflitti da sentimenti cronici di vuoto (7). Facilmente annoiati, possono costantemente cercare qualcosa da fare. La rabbia è spesso suscitata dalla percezione di avere un amante disattento, rifiutante, abbandonante. Tali espressioni di rabbia sono spesso seguite da vergogna e sensi di colpa. Durante periodi di stress estremo, possono manifestarsi ideazioni paranoide transitoria o sintomi dissociativi (9). Il ritorno reale o percepito del caregiver può attenuare questi sintomi.

Gli individui con DB possono avere un pattern di boicottaggio di se stessi nel momento in cui l'obiettivo è sul punto di essere realizzato. Alcuni sviluppano sintomi simil-psicotici durante periodi di stress. Possono sentirsi più sicuri con oggetti transizionali (es. possedere un animale domestico, o un oggetto inanimato significativo). Sono comuni perdite del lavoro, abbandono scolastico, rottura di matrimoni. Nelle storie infantili di questi individui sono presenti abuso fisico e sessuale, incuria, conflitto ostile e perdita precoce di un genitore. I comuni disturbi concomitanti includono depressivo, bipolare, da uso di sostanze, dell'alimentazione, da stress post-traumatico e da deficit di attenzione/iperattività.

La mediana della prevalenza è stimata all'1,6%. Il 75% dei pazienti è di sesso femminile.

Vi è una considerevole variabilità nel decorso; l'andamento più frequente è rappresentato da instabilità cronica nella prima età adulta, con grave discontrollo affettivo e impulsivo. La compromissione derivata dal disturbo e il rischio di suicidio sono maggiori negli anni giovanili e svaniscono con l'avanzare dell'età. Coloro che si sottopongono ad un trattamento, generalmente mostrano miglioramenti nel primo anno. Nella 4a e 5a decade, solitamente raggiungono una stabilità sul lavoro e nelle relazioni. Dopo circa 10 anni dalla diagnosi, circa la metà degli individui non mostra più un pattern di comportamento che soddisfa tutti i criteri per il disturbo borderline.

Tra i fattori di rischio/prognosi, predominano quelli genetici e fisiologici: il disturbo è 5 volte più comune tra consanguinei di primo grado.

La diagnosi differenziale può essere condotta con:

- disturbi depressivo e bipolare: possono essere diagnosticati entrambi.
- Altri disturbi di personalità: ad es. il disturbo istrionico presenta caratteristiche simili (ricerca di attenzione, comportamento manipolativo...), ma il borderline si distingue per autodistruttività, sentimenti cronici di vuoto e solitudine. Possono essere presenti idee paranoidi o illusioni come nel disturbo schizotipico, ma questi sintomi nel borderline sono transitori. Sebbene anche il disturbo paranoide sia caratterizzato da reazioni di rabbia, la relativa stabilità dell'immagine di sé lo distingue dal borderline. Sebbene il disturbo antisociale sia anch'esso caratterizzato da comportamento manipolativo, l'obiettivo del borderline non è di ottenere vantaggi personali ma le attenzioni dei personaggi accidentali. Sia il dipendente che il borderline sono caratterizzati dal timore di essere abbandonati; tuttavia, il borderline reagisce con sentimenti di vuoto, rabbia e richieste, mentre l'individuo con disturbo dipendente reagisce aumentando le concessioni e la sottomissione.
- Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica.
- Disturbi da uso di sostanze.
- Problemi di identità, ad es. legati alla fase di sviluppo adolescenziale.

Disturbo istrionario di personalità

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 5 (o più) dei seguenti elementi:

- 1) è a disagio in situazioni nelle quali non è al centro dell'attenzione.

- 1) l'interazione con gli altri è spesso caratterizzata da inappropriato comportamento sessualmente seduttivo o provocante.
- 2) manifesta un'espressione delle emozioni rapidamente mutevole e superficiale.
- 3) utilizza costantemente l'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di sé.
- 4) lo stile dell'eloquio è eccessivamente impressionistico e privo di dettagli.
- 5) mostra autodrammatizzazione, teatralità ed espressione esagerata delle emozioni.
- 6) è suggestionabile (cioè, facilmente influenzato dagli altri e dalle circostanze).
- 7) considera le relazioni più intime di quanto non siano realmente.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Le caratteristiche principali di questo disturbo sono un'emotività pervasiva ed eccessiva e un comportamento di ricerca di attenzione. Questo inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti. Gli individui con DI si sentono a disagio se non sono al centro dell'attenzione (1). Spesso sono teatrali e brillanti, nel tentativo di catturare l'attenzione altrui con comportamenti provocanti e sedutti. Tali qualità tendono a indebolirsi, tuttavia, poiché questi individui richiedono continuamente attenzioni. Essi si accaparrano il ruolo di "protagonista della festa". Se non sono al centro dell'attenzione, possono mettere in atto qualcosa di teatrale per attrarre attenzione su di loro. Questa necessità è spesso evidente nelle interazioni con i clinici (es. regali, adulazione ecc.).

Aspetto e comportamento sono spesso inappropriati (2) e sedutti da un punto di vista sessuale, anche se non provano interesse. L'espressione delle emozioni è superficiale e rapidamente mutevole (3). Gli individui con DI utilizzano continuamente l'aspetto fisico per attrarre l'altro (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. Hanno un eloquio impressionistico e privo di dettagli (5). Opinioni convincenti vengono espresse con afflato teatrale, ma le ragioni sottostanti sono di solito vaghe e generiche. E' presente una tendenza all'autodrammatizzazione ed espressione esagerata delle emozioni (6). Possono mettere in imbarazzo amici e conoscenti per una eccessiva manifestazione pubblica delle emozioni (es. abbracciare con ardore dei conoscenti casuali). Tuttavia, le loro emozioni sembrano accendersi e spegnersi troppo rapidamente per essere vissute in modo profondo.

Hanno inoltre un elevato grado di suggestionabilità (7). Le loro opinioni vengono facilmente influenzate dagli altri. Tendono a seguire le impressioni e le convinzioni altrui. Definiscono ogni conoscente "un mio caro amico" (8) ecc.

Possono avere estrema difficoltà a raggiungere un'intimità emotiva in relazioni sentimentali o sessuali. Possono cercare di manipolare il partner per controllarlo; possono allontanare gli amici per via delle richieste di attenzioni troppo pressanti. Si sentono depressi e arrabbiati quando non sono al centro dell'attenzione. Sono spesso intolleranti delle, o frustrati dalle, situazioni che prevedono una gratificazione posticipata; le loro azioni sono dirette ad ottenere soddisfazione immediata.

Il rischio reale di suicidio non è conosciuto, ma l'esperienza clinica suggerisce che questi individui siano in maggior misura a rischio per minacce e gesti suicidi finalizzati ad attirare l'attenzione e costringere gli altri a occuparsi maggiormente di loro. Questo disturbo è maggiormente associato a disturbo da sintomi somatici, disturbo di conversione, disturbi borderline-narcisistico-antisociale-dipendente di personalità.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Atri disturbi e tratti di personalità: ad es. individui con disturbo antisociale e istrionico condividono una tendenza ad essere impulsivi, ma gli istrionici sono più esagerati nelle reazioni emotive e non assumono comportamenti antisociali. Sono manipolativi per ottenere accudimento, non vantaggio o potere o gratificazioni materiali. Sebbene anche gli individui con disturbo narcisistico desiderino l'attenzione degli altri, essi di solito pretendono lodi per la loro "superiorità" e non attenzione finalizzata ad ottenere semplici attenzioni. Nel disturbo dipendente, l'individuo è eccessivamente dipendente dagli altri per quanto riguarda lodi e guida, ma senza le caratteristiche emotive appariscenti ed esagerate del disturbo istrionario.
- Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica.

- Disturbi da uso di sostanze.

Disturbo narcisistico di personalità

Criteri diagnostici

312

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 5 (o più) dei seguenti elementi:

- 1) ha un senso grandioso di importanza (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 delle proprie aspettative).
- 6) sfrutta i rapporti interpersonali (cioè approfitta di 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/la invidino.
- 9) mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti, presuntuosi.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è un pattern pervasivo di grandiosità, necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che inizia entro la prima età adulta. Questi individui hanno un senso grandioso di importanza (1). Abitualmente sovrastimano le proprie capacità ed esagerano i propri talenti, apparendo vanagloriosi e presuntuosi. Possono presumere che gli altri attribuiscano lo stesso valore ai loro sforzi e possono risultare sorpresi quando non ricevono le lodi che si aspettano e sentono di meritare. Spesso sottostimano e svalutano i contributi degli altri. Sono spesso assorbiti da fantasie di potere, fascino, successo, bellezza illimitata, amore ideale (2). Possono rimuginare sul “ritardo” di ammirazione e privilegi, e paragonarsi con persone famose o privilegiate. Questi individui credono di essere unici, superiori e speciali, e si aspettano che gli altri li riconoscano come tali (3). Possono pensare di sentirsi capiti solo da persone di classe sociale elevata. La loro autostima viene aumentata (rispecchiata) dal valore idealizzato che attribuiscono a coloro che frequentano. Richiedono eccessiva ammirazione (4). La loro autostima è molto fragile. Nella loro irragionevole aspettativa di speciali trattamenti di favore, è evidente un senso di diritto (5). Quando non vengono soddisfatti, appaiono sconcertati e furiosi. Possono sfruttare involontariamente o volontariamente gli altri (6). Si aspettano che venga loro data qualunque cosa vogliono o sentono di avere bisogno. Generalmente, inoltre, mancano di empatia e hanno difficoltà a riconoscere desideri, esperienze soggettive e sentimenti altrui (7).

Sono spesso sprezzanti e impazienti con altri che parlano dei propri problemi, incuranti del dolore che possono infliggere con le loro osservazioni e spesso credono che gli altri siano invidiosi di loro (8). Comportamenti arroganti e presuntuosi caratterizzano questi individui, che spesso manifestano un atteggiamento snob, sdegnoso o condiscendente (9).

La vulnerabilità dell'autostima li rende molto sensibili alle ferite dovute alle critiche o alla frustrazione. La critica può tormentarli e lasciarli umiliati, avviliti e svuotati. Le relazioni sono tipicamente compromesse a causa dei problemi derivanti dalle pretese, dalla necessità di ammirazione e relativo disinteresse verso gli 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. Il funzionamento lavorativo 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 distimia. Il disturbo narcisistico è associato anche all'anoressia nervosa e ai disturbi da uso di sostanze (es. cocaina). Il 50-75% degli individui diagnostici con DN di personalità sono maschi.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altri disturbi di personalità e tratti di personalità: La caratteristica più utile per discriminare il DN di personalità dai disturbi istrionico, antisociale e borderline di personalità, è la sua caratteristica grandiosità. Gli individui con disturbi antisociale e narcisistico condividono una tendenza a essere testardi, disinvolti, superficiali, profittatori e non empatici. Tuttavia, il DN non comporta necessariamente caratteristiche di impulsività, aggressività e disonestà. Sia nel disturbo narcisistico che nel DOC di personalità, l'individuo può mostrare un impegno perfezionistico e credere che gli altri non siano capaci di fare altrettanto bene. In contrasto con la concomitante autocritica degli individui con DOC, quelli con DN 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 DN di personalità. Infine, molti individui di successo manifestano tratti di personalità narcisistici, ma solo quando sono inflessibili, disadattivi e persistenti e causano un disagio significativo essi denotano la presenza di un 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 DN di personalità.
- Disturbi da uso di sostanze.

GRUPPO C

Disturbo evitante di personalità

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 4 (o più) dei seguenti elementi:

- 1) evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale, poiché teme di essere criticato/a, disapprovato/a o rifiutato/a.
- 2) è riluttante nell'entrare in relazione con persone, a meno che non sia certo/a di piacere.
- 3) mostra limitazioni nelle relazioni intime per il 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 ad impegnarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il disturbo evitante è caratterizzato da un pattern pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio degli altri. Gli individui con DE di personalità evitano attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale per timore di essere criticati, disapprovati o rifiutati (1). Possono rifiutare offerte di promozione sul lavoro onde evitare di ricevere critiche da parte dei colleghi. Evitano di farsi nuovi amici, a meno che non siano certi di piacere (2). Finché non superano prove rigorose che dimostrano il contrario, le altre persone sono ritenute critiche e disapprovanti. Questi individui non si

uniscono ad attività di gruppo, a meno che non vi siano offerte ripetute e generose di supporto e accudimento. L'intimità interpersonale è difficoltosa, 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 (3). Poiché si preoccupano di essere criticati o rifiutati, possono essere particolarmente sensibili nell'avvertire tali reazioni (4). Se qualcuno li disapprova anche leggermente, possono sentirsi estremamente feriti. Tendono ad essere inibiti, timidi e "invisibili". Si aspettano che gli altri lo ritengano "sbagliato". Nelle situazioni interpersonali, si sentono inadeguati ed hanno una bassa autostima (5). Credono di essere socialmente inetti, personalmente non attraenti, inferiori agli altri (6). Sono insolitamente riluttanti ad assumere rischi personali o impegnarsi in qualsiasi nuova attività che possa rivelarsi imbarazzante (7). Sono inclini ad esagerare potenziali pericoli di situazioni ordinarie. Sintomi somatici marginali o altri problemi possono diventare la ragione per cui evitano di sperimentare nuove attività.

Questi individui spesso valutano attentamente i movimenti e le espressioni di coloro con cui entrano in contatto. Il loro contegno può suscitare scherno e derisione da parte degli altri, che confermano così i loro dubbi. Vengono descritti come "riservati", "timidi", "solitari" e "isolati". Desiderano affetto e accettazione, e possono fantasticare su relazioni idealizzate.

Gli altri disturbi che vengono diagnosticati in concomitanza includono i disturbi depressivo, bipolare e l'ansia, soprattutto il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale). L'evitante viene spesso diagnosticato insieme al dipendente, poiché si attaccano molto a quelle poche persone delle quali sono amici. L'evitante di personalità può essere diagnosticato insieme al borderline di personalità e ai disturbi di personalità del gruppo A (paranoide, schizoide, schizotipico).

La prevalenza è del 2,4% circa. Il comportamento evitante spesso inizia nella prima infanzia con timidezza, isolamento, timore degli estranei e delle situazioni nuove. Il disturbo tende ad andare in remissione con l'aumentare dell'età.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- disturbi d'ansia: l'evitamento caratterizza sia il disturbo evitante che l'agorafobia, e si nota una sovrapposizione anche tra il DE di personalità e il disturbo d'ansia sociale.
- Altri disturbi di personalità e tratti di personalità: è importante distinguere i disturbi secondo le loro caratteristiche specifiche. Sia l'evitante di personalità che il dipendente di personalità sono caratterizzati da sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità alla critica e necessità di rassicurazione. Mentre il principale motivo di preoccupazione nel DE di personalità è evitare le umiliazioni, nel DD di personalità è quello di essere accuditi. Tuttavia, i due disturbi hanno grandi probabilità di coesistere. Come il DE di personalità, il disturbo schizotipico e schizoide di personalità sono caratterizzati da isolamento sociale, ma gli individui con DE desidererebbero avere relazioni sociali con gli altri, e la riluttanza è dovuta al timore di sentirsi inadeguati e criticati.

Molti individui presentano tratti evitanti: si diagnostica il DE di personalità solo quando vengono soddisfatti tutti i criteri necessari.

- Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica.
- Disturbi da uso di sostanze.

Disturbo dipendente di personalità

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 5 (o più) dei seguenti elementi:

- 1) ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza richiedere una eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte degli altri.
- 2) ha bisogno che altri si assumano le responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita.
- 3) ha difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione.
Nota: Non includere timori realistici di punizioni.
- 4) ha difficoltà ad 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 e diagnosi differenziale

Il disturbo dipendente di personalità è caratterizzato da una necessità pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che si accompagna alla percezione di sé come incapace di sopravvivere senza l'aiuto degli altri, ad es. un genitore o partner. Essi tendono a chiedere consigli e rassicurazioni e a delegare le decisioni, temendo di non essere capaci di scegliere da soli. Si affidano agli altri per sapere chi devono frequentare, che lavoro devono fare, come muoversi nelle diverse situazioni ecc.

Questa delega complessiva può essere presente sin dall'adolescenza, che in queste persone non è caratterizzata da ribellione, ma da compiacenza delle figure autorevoli. Proprio perché sono convinti di non sopravvivere da soli preferiscono non esprimere un disaccordo e accettano le opinioni degli altri, anche quando le ritengono sbagliate.

Non prendono iniziative, ma riescono a svolgere dei compiti diligentemente, aderendo perfettamente alle indicazioni di un supervisore. Spesso preferiscono non crescere professionalmente, poiché possono temere che una maggiore competenza possa infastidire le persone da cui dipendono e allontanarle.

Hanno paura di deludere gli altri e che questi si allontanino, quindi si impegnano ad evitare questo rischio, anche accettando di svolgere compiti spiacevoli o irragionevoli, fino a tollerare di subire soprusi. Quando questo rischio si concretizza e una figura di riferimento non è più disponibile, ad esempio nel caso della rottura di una relazione affettiva, essi ne cercano subito un'altra per ricevere supporto e protezione, coinvolgendosi intimamente in tempi rapidi e indiscriminatamente. La paura di perdere l'altro, per essere indice di disturbo dipendente, deve essere eccessiva e irrealistica, inappropriata alla situazione.

Spesso queste persone si sentono "stupide", hanno dubbi sul proprio valore e tendono a sminuirsi. Ritengono che la critica e la disapprovazione siano prova della propria mancanza di valore e perdono fiducia in se stessi. Il funzionamento in ambito lavorativo può risultare compromesso se viene richiesta iniziativa indipendente.

Questo disturbo è spesso concomitante con altri DDP, come borderline, evitante e istrionico. Una malattia fisica cronica o il disturbo d'ansia da separazione nell'infanzia o in adolescenza possono predisporre l'individuo a questo disturbo.

La prevalenza sembra aggirarsi attorno allo 0,6%.

Questa diagnosi andrebbe utilizzata con cautela, se non affatto, in bambini e adolescenti, nei quali il comportamento dipendente può essere appropriato allo stadio dello sviluppo.

Età e fattori culturali vanno tenuti in considerazione nel corso della valutazione da parte del clinico. Il disturbo va diagnosticato solo quando i tratti caratteristici sono chiaramente in eccesso rispetto alle norme culturali dell'individuo.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Altri disturbi mentali e condizioni mediche. Il DD di personalità deve essere distinto dalla dipendenza che insorge come conseguenza di altri disturbi mentali (es. agorafobia) o risultato di altre condizioni mediche.
- Altri disturbi di personalità. Ad esempio, sia il disturbo dipendente che borderline di personalità sono caratterizzati dal timore di abbandono, ma mentre il borderline reagisce con sentimenti di vuoto emotivo, rabbia, pretese, l'individuo dipendente risponde con un aumento delle concessioni e della sottomissione. Anche gli individui con disturbo istrionico hanno un forte bisogno di rassicurazione e possono apparire infantili e dipendenti. L'individuo con disturbo istrionico è però caratterizzato da un comportamento socievole, mentre chi soffre di disturbo dipendente è docile e modesto. Sia il dipendente che l'evitante di personalità hanno paura del giudizio degli altri, ma gli evitanti temono il giudizio negativo in sé, l'imbarazzo e l'umiliazione che ne deriva, mentre i dipendenti temono che un giudizio negativo possa far allontanare l'altro lasciandoli soli, indifesi e incapaci di provvedere a se stessi.

Molti individui presentano tratti di personalità dipendente, ma per diagnosticare il disturbo sono necessari tutti i criteri.

- Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica.
- Disturbi da uso di sostanze.

Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

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 4 (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 (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 vista di future catastrofi;
8. manifesta rigidità e testardaggine.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è costituito da un pattern pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale, ottenuto attraverso un'attenzione minuziosa alle regole e ai dettagli, anche inutili. Chi ha questo disturbo spesso agisce solo se in precedenza ha compilato una lista, un programma o un piano preciso di azioni da compiere poiché, senza seguire uno schema, si sente disorientato.

Nonostante questa meticolosità, gli individui con DOC di personalità temono di sbagliare e quindi ricontrollano più volte un'azione, per accertarsi che non vi siano stati errori.

L'eccessiva attenzione ai dettagli li rende paradossalmente inefficienti, poiché richiede molto tempo, tanto che alla fine molti progetti non vengono neppure iniziati, in attesa del momento perfetto in cui tutte le variabili saranno sotto controllo e ben incasellate. Se il progetto viene iniziato, esso tende a non essere completato, poiché le continue supervisioni in ogni minima fase ne ritardano l'evoluzione. Per es., il completamento di un rapporto scritto viene ritardato da numerose ristesure, dispendiose in termini di tempo, che risultano tutte "imperfette". L'avvio e l'esecuzione di un'azione vengono dunque penalizzate da standard eccessivi e da una focalizzazione su aspetti minimi, di dettaglio, che fanno perdere di vista l'azione nel suo complesso. Vi può essere una grande concentrazione sui lavori domestici, ad es. con pulizie eccessive e ripetute, tanto che "si può mangiare sul pavimento".

La persona con questo disturbo è sempre insoddisfatta delle azioni che compie, nonostante le programmi con cura. Questo atteggiamento pervade anche le attività ricreative, che vengono vissute come compiti seri, oppure quelle sportive, che sono svolte perché ben strutturate e regolate. Tendenzialmente, tuttavia, queste persone non hanno molti svaghi: li percepiscono come *perdite di tempo* e, se qualche volta se li concedono, ne soffrono perché ritengono di aver dedicato più attenzioni allo svolgimento di attività futili, piuttosto che importanti.

Anche nelle relazioni sociali e affettive sono molto formali e controllati, composti nell'espressione delle emozioni e spesso tesi, anche nelle situazioni in cui potrebbero rilassarsi. Raramente esprimono tenerezza o complimenti, anzi sono infastiditi da chi li esprime; questi individui infatti controllano l'emotività attraverso un eccessivo potenziamento del funzionamento intellettuativo. Se trascorrono del tempo con gli amici, è probabile che questo avvenga in un contesto di attività organizzate.

Individui con DOC di personalità hanno standard morali molto intransigenti; possono essere obbedienti, rispettosi e scrupolosi, insistendo rigidamente anche su questioni di principio. Odiano gli sprechi: tendono a non gettare via oggetti inutili e a risparmiare denaro, vivendo al di sotto delle proprie possibilità, poiché temono catastrofi future. Sono molto prudenti e controllati nelle spese; alcuni ammetteranno di essere come "formichine".

Non delegano compiti, poiché temono che l'altro non li esegua secondo i loro standard: spesso ritengono che soltanto loro sappiano come si debba svolgere un compito. Possono non tenere in considerazione le idee degli altri, essendo testardi. Gli amici ed i colleghi potrebbero essere frustrati da questa costante rigidità. Anche quando questi individui riconoscono che giungere a un compromesso può essere nel loro interesse, possono testardamente rifiutarsi di farlo, sostenendo che "è il principio quello che conta".

Quando le regole e i programmi non forniscono mai una risposta corretta, il prendere decisioni può diventare un processo dispendioso in termini di tempo. Possono avere una estrema difficoltà a decidere quali compiti abbiano la priorità o quale sia il modo migliore di svolgere un determinato incarico. Tendono a diventare turbati e arrabbiati nelle situazioni in cui non sono in grado di mantenere un controllo, sebbene la rabbia non venga espressa in modo diretto. Solitamente, esprimono la propria affettività in modo molto controllato o ampulloso e possono essere a disagio in presenza di altri individui emotivamente più espressivi. Le relazioni sono formali e serie. Si trattengono accuratamente finché non sono certi di dire qualcosa di "perfetto".

Gli individui con disturbi d'ansia e il DOC hanno una maggiore probabilità di avere un'alterazione di personalità che soddisfi i criteri per il DOC di personalità. Molte caratteristiche di questo disturbo si sovrappongono alle caratteristiche dei DDP del Gruppo A. Può esservi un'associazione tra il disturbo e i disturbi depressivo, bipolare e dell'alimentazione.

La prevalenza è stimata attorno al 2,1-7,9% ed è maschile.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo ossessivo-compulsivo: nonostante la somiglianza dei nomi, il DOC è facilmente distinguibile dal disturbo ossessivo-compulsivo di personalità per la presenza di reali ossessioni e compulsioni nel DOC. Se soddisfatti i criteri per entrambi, possono essere diagnosticati insieme.
- Disturbo da accumulo: possono essere registrate entrambe le diagnosi, laddove presenti.
- Altri DDP e tratti di personalità: alcuni individui con disturbo narcisistico di personalità possono manifestare dedizione al perfezionismo e credere che gli altri non possano svolgere un compito bene come loro, ma questi individui sono più inclini a credere di aver raggiunto la perfezione, mentre quelli con DOC di personalità sono solitamente autocritici. Sia il disturbo schizoide di personalità che quello ossessivo-compulsivo di personalità possono essere caratterizzati da

apparente formalismo e distacco sociale, ma nel secondo questo nasce dal disagio nei confronti delle emozioni, mentre nel primo vi è una fondamentale incapacità di intimità. Tratti di personalità ossessivo-compulsivi, se moderati, possono essere particolarmente adattivi, specie in situazioni che comportano prestazioni elevate (es. chirurgia). Solo quando questi tratti diventano inflessibili e causano disagio significativo, viene diagnosticato il disturbo.

- Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica.
- Disturbi da uso di sostanze.

Altri disturbi di personalità

Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica

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 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 se di tipo:

- *labile*

- *disinibito*
- *aggressivo*
- *apatico*
- *paranoide*
- *diverso*
- *combinato*
- *non specificato*

a seconda di quale caratteristica predomina nel quadro clinico.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Alcune condizioni mediche possono alterare la personalità, innescando comportamenti che non sono consueti dell'individuo, come aggressività, rabbia, scarso controllo degli impulsi. Infatti, spesso gli altri descrivono l'individuo dicendo "non è più lui, non lo riconosco più". Nei bambini, questa condizione può essere manifestata da una marcata deviazione del normale sviluppo o da una modificazione significativa di un pattern di personalità stabile.

Svariate condizioni neurologiche e mediche possono provocare modificazioni della personalità, fra cui neoplasie del sistema nervoso centrale, trauma cranico, malattia cerebrovascolare, malattia di Huntington, epilessia, affezioni infettive con coinvolgimento del sistema nervoso (HIV), affezioni endocrine ed autoimmunitarie.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con

- Condizioni mediche croniche associate a dolore e disabilità.

- Delirium o disturbo neurocognitivo con stessi sintomi, ma non dovuto a una condizione medica.
- Altro disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica (es. disturbo depressivo dovuto a tumore cerebrale).
- Disturbo da uso di sostanze, poiché in questo caso i cambiamenti sono dovuti alla sostanza.
- Altri disturbi mentali (es. schizofrenia).
- Altri DDP: 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

Si diagnostica quando i sintomi, che causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi di uno specifico DDP e il clinico sceglie di spiegarne la ragione specifica (es. “disturbo di personalità con altra specificazione” seguito da “caratteristiche di personalità miste”).

Disturbo di personalità senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi, che causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi di uno specifico DDP e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

Disturbi parafilici

I disturbi parafilici inclusi nel DSM-5 sono:

- Voyeuristico
- Esibizionistico
- Da masochismo sessuale
- Da sadismo sessuale
- Pedofilico
- Feticistico
- Da travestitismo.

320

L'ordine di presentazione corrisponde, in linea generale, ai comuni schemi di classificazione per queste condizioni. Gli 8 disturbi non esauriscono l'elenco delle parafilie.

1. Il primo gruppo di disturbi si basa sulla **predilezione per attività inconsuete** e si divide in **disturbi del corteggiamento** (voyeuristico, esibizionistico, frotteuristico) e disturbi **algolagnici**, che implicano dolore (masochismo sessuale, sadismo sessuale).
2. Il secondo gruppo riguarda la predilezione per l'atipicità dell'oggetto sessuale, per cui l'attenzione sessuale viene posta verso altri esseri umani (pedofilico) o altrove (feticismo, travestitismo).

Il termine **parafilia** indica un 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. Tuttavia, spesso è difficile valutare quanto un comportamento sia "intenso e persistente", ad es. in persone anziane o malate che non possono avere alcun tipo di interesse sessuale "intenso". In queste circostanze, la parafilia può essere definita come un interesse sessuale maggiore o uguale ad un interesse **normofilico**.

Una parafilia, di per sé, non è una condizione sufficiente per avere un disturbo parafilico e non giustifica necessariamente l'intervento clinico. Un disturbo parafilico è una parafilia che causa disagio clinicamente significativo in aree importanti di funzionamento dell'individuo.

Non è raro che un individuo manifesti due o più parafilie. In alcuni casi, la connessione tra loro è facilmente comprensibile (es. feticismo per i piedi e per le scarpe), mentre in altri non è evidente. In ogni caso, è possibile diagnosticare disturbi parafilici in comorbilità.

Il quadro di riferimento 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 se le fantasie, i desideri o i comportamenti sessuali parafilici siano più deboli, più forti o uguali ai loro interessi e comportamenti sessuali normofilici.

Disturbo voyeuristico

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
- in remissione completa.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

321

I criteri diagnostici per questo disturbo 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 oggettive del contrario. Se coloro che ammettono tale interesse riferiscono anche disagio o problemi psicosociali causati dalle loro preferenze sessuali, potrebbe esser loro diagnosticato il disturbo voyeuristico. Se, invece, dichiarano di non provare disagio, come dimostrato dalla mancanza di ansia, ossessioni, senso di colpa o vergogna, non presentano compromissione del funzionamento 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 il disturbo.

Gli atti voyeuristici sono i più comuni tra i comportamenti sessuali potenzialmente criminali. Spiare in maniera ricorrente a loro insaputa persone nude 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 di un interesse distinto per guardare di nascosto persone nude o sessualmente attive.

Il periodo di tempo del criterio A, che indica che i segni e sintomi devono persistere per almeno 6 mesi, va inteso come linea guida generale e non come criterio rigido.

Spesso questa tendenza inizia in adolescenza, ma per diagnosticare il disturbo occorrono i 18 anni. L'adolescenza e la pubertà in generale aumentano la curiosità e l'attività sessuale.

Tra i fattori di rischio e prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: il voyeurismo è un presupposto necessario per il disturbo voyeuristico.
- Fattori ambientali: abuso sessuale infantile, abuso di sostanze ed ossessione per il sesso/ipersessualità sono stati suggeriti come fattori di rischio.

Il disturbo è più diffuso tra maschi rispetto alle femmine, in proporzione 3:1. Spesso, il disturbo si accompagna a quello esibizionistico.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- disturbo della condotta e disturbo antisociale: in questi manca l'interesse sessuale specifico nel guardare gli altri.
- il disturbo da uso di sostanze: può comportare atti voyeuristici in stato di ebbrezza, ma come conseguenza della sostanza e non come interesse tipico.

Comorbilità: ipersessualità e altri disturbi parafilici, in particolare il disturbo esibizionistico. Frequenti condizioni in comorbilità sono anche disturbi depressivi, bipolar, d'ansia e da uso di sostanze; deficit di attenzione/iperattività; disturbo della condotta e antisociale.

Disturbo esibizionistico

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 se:

- 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 di età prepuberale e a individui fisicamente maturi.

322

Specificare se:

- in ambiente controllato
- in remissione completa

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

I criteri diagnostici per questo disturbo possono essere applicati sia agli individui che, più o meno spontaneamente, ammettono questo interesse parafilico sia a quelli che negano categoric Peacefully. I criteri diagnostici per questo disturbo 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'esibire i propri genitali a persone a loro insaputa, nonostante vi siano prove oggettive del contrario.

Se coloro che ammettono tale interesse riferiscono anche disagio o problemi psicosociali causati dalle loro preferenze sessuali, potrebbe esser loro diagnosticato il disturbo esibizionistico. Se, invece, dichiarano di non provare disagio, come dimostrato dalla mancanza di ansia, ossessioni, senso di colpa o vergogna, non presentano compromissione del funzionamento e la loro anamnesi psichiatrico-giudiziaria indica che non agiscono spinti da questo, si può riscontrare che hanno *interessi sessuali esibizionistici*, ma non dovrebbe essere diagnosticato il disturbo.

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. Il periodo di tempo del criterio A, che indica che i segni e sintomi devono persistere per almeno 6 mesi, va inteso come linea guida generale e non come criterio rigido.

La più alta prevalenza nella popolazione maschile è del 2-4%. La percentuale nelle donne è incerta.

I maschi adulti con questo disturbo riferiscono di essere diventati consapevoli del proprio interesse sessuale spesso durante l'adolescenza, poco dopo il tipico sviluppo dell'interesse sessuale. Anche se non vi è un'età minima per la diagnosi, negli adolescenti può essere difficile distinguere comportamenti esibizionistici da una curiosità sessuale adeguata all'età. Tra i fattori di rischio/prognosi, citiamo:

- Fattori temperamental: i fattori di rischio per l'esibizionismo aumentano 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.
- Fattori ambientali: l'abuso sessuale ed emotivo infantili e l'ossessione per il sesso/ipersessualità sono fattori di rischio per questo disturbo.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- disturbo della condotta e antisociale di personalità: manca l'interesse sessuale specifico nell'esibirsi.
- disturbo da uso di sostanze: può comportare atti di esibizionismo in stato di ebbrezza, ma come conseguenza della sostanza e non come interesse tipico.

Comorbilità: disturbi depressivi, bipolar, d'ansia, da uso di sostanze, ipersessualità, disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività, altri disturbi parafilici e disturbo antisociale di personalità.

Disturbo frotteuristico

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.

323

Specificare se:

- in ambiente controllato
- in remissione completa

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

I criteri diagnostici per questo disturbo 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 dal toccare o strusciarsi contro un individuo non consenziente, nonostante vi siano prove oggettive del contrario.

Se coloro che ammettono tale interesse riferiscono anche disagio o problemi psicosociali causati dalle loro preferenze sessuali, potrebbe esser loro diagnosticato il disturbo frotteuristico. Se, invece, dichiarano di non provare disagio, come dimostrato dalla mancanza di ansia, ossessioni, senso di colpa o vergogna, non presentano compromissione del funzionamento e la loro anamnesi psichiatrico-giudiziaria indica che non agiscono spinti da questo, si può riscontrare che hanno *interessi sessuali frotteuristici*, ma non dovrebbe essere diagnosticato il disturbo.

Toccare o strusciarsi contro un individuo non consenziente in modo ricorrente (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 numero minore di vittime. Il periodo di tempo del criterio A non va interpretato rigidamente.

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.

I maschi adulti con questo disturbo riferiscono di essere diventati consapevoli del loro interesse sessuale per toccare furtivamente le persone a loro insaputa spesso in tarda adolescenza o nella prima età adulta. Bambini e adolescenti possono anche strisciare o toccarsi contro altri, contro la loro volontà, in assenza di questo disturbo. Il disturbo va differenziato da problemi legati a un disturbo della condotta privo di motivazione sessuale. Il disturbo richiede disagio soggettivo, morbilità psichiatrica, impulsività sessuale, compromissione psicosociale, propensione ad agire sessualmente contro persone non consenzienti. Il decorso varia con l'età. Tra i fattori di rischio/prognosi abbiamo quelli temperamental: un comportamento antisociale non sessuale e l'ossessione per il sesso/ipersessualità potrebbero rappresentare fattori di rischio per questo disturbo.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- disturbo della condotta e antisociale, perché in questi manca l'interesse sessuale specifico.
- disturbo da uso di sostanze, che può comportare atti parafilici in stato di ebbrezza, ma come conseguenza della sostanza e non come interesse tipico.

Disturbo da masochismo sessuale

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. 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 con asfissiofilia, se l'individuo si eccita con la limitazione della respirazione.
 - Specificare se in ambiente controllato
 - Specificare se in remissione completa.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

I criteri diagnostici per questo disturbo 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'atto di essere umiliati, percosso, legati o fatti soffrire in altro modo, come manifestato da fantasie, desideri o comportamenti. Se coloro che ammettono tale interesse riferiscono anche disagio o problemi psicosociali causati dalle loro preferenze sessuali, potrebbe esser loro diagnosticato il disturbo da MS. Se, invece, dichiarano di non provare disagio, come dimostrato dalla mancanza di ansia, ossessioni, senso di colpa o vergogna, non presentano compromissione del funzionamento e la loro anamnesi psichiatrico-giudiziaria indica che non agiscono spinti da questo, si può riscontrare che hanno *interessi sessuali masochistici*, ma non dovrebbe essere diagnosticato il disturbo.

Il periodo di tempo indicato nel criterio A non va interpretato rigidamente, ma come linea guida generale. L'ampio uso di pornografia, che comporta l'atto di essere umiliati, percosso, legati o fatti soffrire in altro modo, è talvolta una caratteristica associata al MS. La prevalenza è sconosciuta, ma si stima attorno al 2,2% dei maschi e 1,3% delle femmine.

Gli individui con parafilie hanno riferito per il MS un'età media di 19,3 anni, sebbene le fantasie siano iniziate anche in età più precoci. Il disturbo da MS richiede la presenza di uno o più fattori ulteriori, che possono cambiare nel corso del tempo: fra questi, disagio soggettivo; morbilità psichiatrica; ipersessualità; impulsività sessuale; compromissione psicosociale.

I masochisti sono a rischio di morte accidentale mentre praticano asfissiofilia o altre pratiche autoerotiche.

Molte delle condizioni da considerare come diagnosi differenziale (es. fetismo di travestimento, disturbo da sadismo sessuale, ipersessualità, disturbi da uso di alcol e sostanze) talvolta si verificano anche come diagnosi in comorbilità.

Comorbilità: quelle note sono in gran parte basate su individui in trattamento e comprendono altri disturbi parafilici, come il fetismo di travestimento.

Disturbo da sadismo sessuale

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* o *in remissione completa*.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

I criteri diagnostici per questo disturbo possono essere applicati sia agli individui che, più o meno spontaneamente, ammettono questo interesse parafilico sia a quelli che negano categoricamente qualsiasi eccitazione sessuale per la sofferenza fisica e psicologica di un altro individuo, nonostante vi siano prove oggettive del contrario. Gli individui che riconoscono tale interesse sessuale si definiscono “esplicitamente” sadici. Se coloro che ammettono tale interesse riferiscono anche disagio o problemi psicosociali causati dalle loro preferenze sessuali, potrebbe esser loro diagnosticato il disturbo da SS. Se, invece, dichiarano di non provare disagio, come dimostrato dalla mancanza di ansia, ossessioni, senso di colpa o vergogna, non presentano compromissione del funzionamento e la loro anamnesi psichiatrico-giudiziaria indica che non agiscono spinti da questo, si può riscontrare che hanno *interessi sessuali sadici*, ma non dovrebbe essere diagnosticato il disturbo.

Il periodo di tempo indicato nel criterio A non va interpretato rigidamente, ma come linea guida generale. Esempi di individui che negano qualsiasi interesse per le sofferenze fisiche o psicologiche di un altro individuo comprendono individui noti per aver inflitto dolore o sofferenza a vittime molteplici, in occasioni diverse, ma che negano qualsiasi desiderio o fantasia riguardante tale comportamento e che possono dichiarare, inoltre, che gli episodi noti di aggressione sessuale erano non intenzionale o di natura non sessuale. Dal momento che questi individui negano di avere fantasie o desideri che implicano l'eccitazione sessuale derivante da dolore e sofferenza, ne consegue che negherebbero anche di provare soggettivamente disagio o di sentirsi socialmente compromessi da tali impulsi. Il loro comportamento ricorrente costituisce un supporto clinico per la presenza della parafilia di sadismo sessuale (criterio A), e allo stesso tempo dimostra che la parafilia sta loro causando un disagio significativo, danno o rischio di danno ad altri (criterio B).

Il sadismo sessuale che coinvolge individui non consenzienti può significare, come regola generale, 3 o più vittime in occasioni differenti. Questo criterio può essere soddisfatto da un minor numero di vittime, se ci sono occasioni molteplici in cui si è inflitto dolore e sofferenza alla stessa vittima e se vi è prova convalidante dell'interesse a provocare dolore a vittime molteplici. Ad ogni modo, le vittime molteplici sono una condizione sufficiente ma non necessaria per la diagnosi.

Una caratteristica associata al disturbo è l'ampio uso di materiale pornografico che implica l'infliggere dolore e sofferenza. La prevalenza è sconosciuta e si basa prevalentemente su individui in ambiti forensi, variando dal 2 al 30%. Le informazioni sullo sviluppo e il decorso del disturbo da SS sono estremamente limitate. In media, l'esordio avviene intorno ai 19-20 anni.

Molte delle condizioni da considerare come diagnosi differenziale (es. disturbo antisociale di personalità, disturbo da masochismo sessuale, ipersessualità, disturbi da uso di sostanze) talvolta si verificano anche come diagnosi in comorbilità.

Comorbilità: quelle conosciute sono in gran parte basate su individui (maschi) condannati per atti criminali che implicano atti sadici su vittime non consenzienti. Quindi, esse potrebbero non essere applicabili a tutti gli individui che non hanno mai intrapreso tali attività su vittime. Tra i disturbi in comorbilità con il disturbo da SS vi sono gli altri disturbi parafilici.

Disturbo pedofilico

Criteri diagnostici

A. Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, che comportano un'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 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.
- Attratto sessualmente da maschi.
- Attratto sessualmente da femmine.
- Attratto sessualmente da entrambi.
- Limitato all'incesto.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

326

I criteri diagnostici di questo disturbo si applicano sia agli individui che ammettono questa parafilia sia a quelli che negano qualsiasi attrazione sessuale per bambini (in genere di 13 anni o più piccoli), nonostante l'evidenza 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 esso è maggiore o uguale all'interesse sessuale per individui fisicamente maturi. Se lamentano anche difficoltà psicosociali causate dalla loro attrazione o preferenza sessuale, può essere loro diagnosticato il disturbo pedofilico. Tuttavia, se riferiscono assenza di sensi di colpa, vergogna o ansia riguardo questi impulsi e di non essere da questi funzionalmente limitati, e i loro resoconti e l'anamnesi psichiatrica o giudiziaria documentata indicano che 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 aver tentato approcci sessuali con più bambini in occasioni diverse, ma che negano qualsiasi desiderio o fantasia in merito, e anche chi può affermare che gli episodi di contatto fisico erano tutti non intenzionali e di natura non sessuale. Altri possono riconoscere episodi del passato di comportamento pedofilico, ma negano qualsiasi interesse sessuale significativo o consistente per i bambini. Dal momento che possono negare i loro impulsi e fantasie, possono anche negare di sentirsi a disagio per esse. Anche a tali individui può essere diagnosticato un disturbo pedofilico, nonostante l'assenza di disagio autoriferito, a condizione che vi sia una evidenza di ricorrenti comportamenti pedofilici che persistono per 6 mesi (A) e che l'individuo ha agito spinto da desideri sessuali o che fa esperienza di difficoltà interpersonali come conseguenza del disturbo (B). La presenza di vittime molteplici è condizione non necessaria per la diagnosi. Basta venga riconosciuto un interesse sessuale per i bambini, seppur non agito. La clausola del criterio A riguardante il periodo di 6 mesi è intesa a garantire che l'attrazione sessuale per i bambini non sia transitoria.

L'ampio uso di materiale pornografico raffigurante bambini in età prepuberale è un utile indicatore diagnostico di disturbo pedofilico.

La prevalenza è sconosciuta, ma la più alta possibile nei maschi è di 3-5% circa, mentre nelle femmine è ancora più incerta.

Maschi adulti con DP possono riportare di essere venuti a conoscenza intorno alla pubertà del loro forte interesse sessuale per i bambini. Il criterio C richiede 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 una condizione permanente. Il disturbo comprende anche altri elementi: disagio soggettivo, compromissione psicosociale ecc., per cui il disturbo può subire delle oscillazioni a seconda dell'età. Gli adulti con DP possono riferire consapevolezza dei loro interessi che precede l'impegnarsi in un comportamento sessuale che coinvolge i bambini o l'identificazione di sé come pedofili.

Tra i fattori di rischio e prognosi, abbiamo:

- Fattori temperamental: 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.
- Fattori ambientali: i maschi adulti con DP spesso riferiscono di essere stati vittime di abusi sessuali da bambini.
- Fattori genetici e fisiologici: dal momento che la pedofilia è la condizione necessaria per il DP, qualsiasi fattore che aumenta la probabilità di pedofilia aumenta anche il rischio di DP. Vi sono

inoltre evidenze che un'anomalia nello sviluppo neurologico intrauterino aumenti la probabilità dello sviluppo di un interesse pedofilico.

I test psicofisiologici non sono necessariamente utili per diagnosticare il DP nelle femmine come nei maschi, anche quando sono disponibili procedure identiche, ad es. il tempo di visualizzazione – che utilizza fotografie di persone nude come stimolo visivo - o la pletismografia peniena e fotopletismografia vaginale. Possono comunque dimostrarsi utili, specie quando l'individuo nega l'attrazione sessuale pedofilica.

Molte delle condizioni che potrebbero essere oggetto di diagnosi differenziale per il DP si verificano a volte come diagnosi in comorbilità. La differenziale può essere condotta con:

- Disturbo antisociale di personalità: aumenta la probabilità che una persona attratta principalmente da individui maturi approcci un bambino.
- Disturbi da uso di alcol e sostanze: gli effetti disinibenti di queste sostanze aumentano la probabilità che una persona attratta principalmente da individui maturi approcci un bambino.
- DOC: vi sono individui che occasionalmente lamentano pensieri e preoccupazioni egodistoniche riguardanti la possibile attrazione per i bambini. Il colloquio clinico, di solito, rivela un'assenza di tale attrazione anche durante gli stati di più alta eccitazione sessuale, e talvolta la presenza di idee sessuali egodistonomiche intrusive aggiuntive.

Comorbilità: comprende l'uso di sostanze, i disturbi depressivi, bipolarì e d'ansia, il disturbo antisociale di personalità, altri disturbi parafilici.

Disturbo feticistico

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 specificatamente progettati al fine della stimolazione tattile dei genitali (es. vibratore).

Specificare: la parte del corpo, l'oggetto inanimato.

Specificare se in ambiente controllato o in remissione completa

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

La caratteristica principale di questo disturbo è un interesse specifico o un uso ricorrente e ripetitivo di un oggetto, per raggiungere l'eccitazione sessuale. Gli oggetti più comuni utilizzati dal feticista sono gli indumenti intimi femminili, le calzature, articoli di gomma, abbigliamento di pelle, altri capi di vestiario. Parti del corpo erotizzate sono i capelli, i piedi, le dita. A volte nel feticismo sono presenti sia ossessioni per una parte del corpo, sia per un oggetto inanimato.

Oggi, la categoria del feticismo include anche il **parzialismo**, (in passato considerato una parafilia senza specificazione) cioè l'ossessione per una parte del corpo non genitale. Il feticismo può comportare un'esperienza multisensoriale nel toccare, annusare, strofinarsi, chiedere al partner di indossare un oggetto o un vestito, utilizzarlo nel rapporto sessuale.

Molte persone non riconoscono necessariamente compromissione clinica in relazione a comportamenti associati al feticismo. Una diagnosi di DF richiede una soddisfazione concomitante dei comportamenti descritti nel criterio A e di disagio e compromissione significativa del criterio B.

Una volta insorto, solitamente durante la pubertà, il DF tende ad avere un decorso continuativo, che fluttua per intensità e frequenza. Tra gli aspetti negativi connessi con il DF vi sono le disfunzioni che avvengono nel corso dei rapporti sessuali o che sono dovuta all'indisponibilità dell'oggetto feticistico o delle parti del corpo preferite. Questi individui possono preferire l'attività sessuale solitaria utilizzando l'oggetto, anche quando

sono coinvolti in una relazione sentimentale. Il DF è raro in individui arrestati per reati sessuali, ma i maschi con disturbo feticistico possono anche arrivare a rubare o collezionare oggetti feticisti, oppure commettere reati di violazione di domicilio, furto con scasso ecc., assumendo comportamenti antisociali non sessuali ma motivati dal DF.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- Disturbo da travestitismo: nel cross-dressing vengono usati particolari capi di abbigliamento, ma essi non costituiscono un oggetto sessuale.
- Masochismo sessuale o altri disturbi parafilici, soprattutto il “sadomasochismo”.
- Comportamento feticista senza disturbo feticistico: la persona ha un feticcio specifico, ma non è associato a disagio e non crea disagio agli altri.

Comorbilità: ipersessualità, condizioni neurologiche.

Disturbo da travestitismo

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 e 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 da tessuti, materiali, indumenti) e/o con *autoginefilia*, ossia l'eccitarsi nel pensare a se stesso come femmina.

Specificare se *in ambiente controllato* o *in remissione completa*.

Caratteristiche diagnostiche e diagnosi differenziale

Il disturbo da travestitismo non si diagnostica in tutti quelli che si vestono come il sesso opposto, nemmeno in quelli che lo fanno abitualmente, ma solo in quelli per cui il cross-dressing o i pensieri sul cross-dressing sono sempre o spesso accompagnati da eccitazione sessuale, che si può manifestare con l'erezione del pene o in vari modi, in concomitanza con il travestitismo. Il cross-dressing può implicare uno o due capi di abbigliamento, ad es. indumenti intimi femminili, oppure in generale il modo di vestire dell'altro sesso.

Nei maschi può includere anche l'uso del make-up e di parrucche. Si tratta di un disturbo riferito quasi esclusivamente nei maschi. Nei più giovani, il travestitismo porta alla masturbazione, dopo la quale gli abiti femminili vengono tolti. I maschi più adulti cercano di controllare l'ejaculazione o impedirla, per prolungare il piacere del cross-dressing. Anche i maschi coinvolti in relazioni sentimentali spesso hanno bisogno di questa pratica per eccitarsi o mantenere l'erezione e la introducono nella coppia.

Spesso, negli individui con questo disturbo si osserva un pattern di comportamento ossessivo di tipo “fare e disfare”, poiché spendono molti soldi in abbigliamento, scarpe e trucchi da donna, poi gettano via tutto e successivamente ricominciano ad acquistare vestiti femminili.

Spesso il travestitismo è accompagnato da *autoginefilia*, cioè eccitazione nell'immaginarsi donna: es. nell'atto di allattare, avere il ciclo mestruale, oppure avere hobby femminili come lavorare a maglia. La maggior parte degli individui con questo disturbo si dichiara eterosessuale. Spesso questa predilezione per gli abiti femminili inizia da bambini e continua nell'adolescenza, ma da adulti, quando questi individui si innamorano, tendono ad abbandonare questa pratica, anche se solo momentaneamente. Poiché il problema tende a ripresentarsi, il DT può compromettere le relazioni. Esso è spesso associato anche ad altre parafilie, soprattutto sadismo e masochismo.

La prevalenza è sconosciuta, ma meno del 3% dei maschi riferisce di aver provato eccitazione sessuale indossando abbigliamento da donna.

Alcuni casi di DT si trasformano in disforia di genere, associata ad una diminuzione o scomparsa dell'eccitazione sessuale associata al cross-dressing.

La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- disturbo feticistico: nel cross-dressing sono utilizzati dei particolari capi di abbigliamento, ma non costituiscono un oggetto sessuale. È la pratica che fa eccitare.
- disforia di genere: chi ha un disturbo da travestitismo non vive un'incongruenza tra il genere esperito e quello assegnato.

Comorbilità: il travestitismo è spesso rilevato in associazione con altre parafilie, specie feticismo e masochismo.

Disturbo parafilico con altra specificazione

Si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico ne spiega ragione specifica. Esempi di manifestazioni specificabili sono

- eccitazione sessuale intensa derivante da scatologia telefonica (telefonate oscene)
- necrofilia
- zoofilia
- coprofilia
- clismafilia
- urofilia

Disturbo parafilico senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi, che causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

Altri disturbi mentali

In questa categoria sono inclusi 4 disturbi in cui predominano sintomi caratteristici di un disturbo mentale, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento, ma non soddisfano pienamente i criteri per nessun altro disturbo del DSM-5.

Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica con altra specificazione

Si diagnostica quando i sintomi sono simili a quelli di un'altra patologia, causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica, che è una condizione medica, non elencata nei precedenti disturbi e che può essere identificata con appositi esami.

330

Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica e non è possibile indicare la condizione medica.

Disturbo mentale con altra specificazione

Si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, sono simili a quelli di un'altra patologia già elencata, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico ne spiega ragione specifica.

Disturbo mentale senza specificazione

Si diagnostica quando i sintomi causano disagio clinicamente significativo nelle aree scolastiche, sociali e lavorative, sono simili a quelli di un'altra patologia già elencata, ma non soddisfano pienamente i criteri per porre la diagnosi e il clinico sceglie di non indicarne la ragione specifica.

Disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni avverse ai farmaci

331

Le condizioni mentali e i problemi descritti in questo capitolo non sono disturbi mentali, ma è utile conoscerli perché consentono di fare una diagnosi differenziale con i disturbi mentali e perché molti individui che hanno disturbi mentali vengono trattati farmacologicamente, quindi occorre conoscere i possibili problemi dovuti all'assunzione dei farmaci. In realtà, è comunque difficile stabilire una relazione causale tra farmaci e disturbi del movimento; essa non sempre è chiara, tanto che spesso questi disturbi insorgono anche senza assumere farmaci.

Molti dei farmaci che inducono disturbi del movimento sono **neurolettici**, oggi definiti **antipsicotici**. Questi farmaci includono agenti antipsicotici tipici o di "prima generazione", agenti atipici o di "seconda generazione", farmaci antagonisti del recettore della dopamina e l'amoxapina, commercializzata come antidepressivo.

Parkinsonismo indotto da neurolettici e Parkinsonismo indotto da altri farmaci

Si tratta di tremori di tipo parkinsoniano, rigidità muscolare, acinesia (perdita del movimento) o bradicinesia (movimenti rallentati), che insorgono entro poche settimane dall'assunzione di un farmaco o dopo un aumento o una riduzione del suo dosaggio.

Sindrome maligna da neurolettici

Questa sindrome insorge entro 72 ore dall'esposizione ad un antagonista della dopamina e causa un innalzamento estremo della temperatura (ipertermia), che riflette il malfunzionamento della termoregolazione centrale. Inoltre provoca rigidità generalizzata, definita come "tubo di piombo". Infine causa sintomi neurologici e disturbi del movimento, come acinesia, bradicinesia, miocloni, disartria.

Lo stato di coscienza viene alterato, in alcuni casi gravi fino al coma. Gli individui che ne soffrono appaiono storditi, anche se vigili.

Il sistema nervoso autonomo si attiva con accelerazione del battito, innalzamento della pressione, sofferenza respiratoria, con il rischio di arresto respiratorio, incontinenza urinaria.

È importante effettuare un check-up con indagini di laboratorio per escludere altre possibili cause mediche, infettive, metaboliche, neuropsichiatriche.

Il decorso di questa sindrome è variabile: una volta accertata, si sospendono i farmaci e tende a regredire.

Tutti gli individui trattati con antipsicotici sono a rischio di svilupparla.

La diagnosi differenziale si effettua con altre condizioni neurologiche e mediche, come le infezioni del sistema nervoso centrale, infiammazioni, lesioni strutturali sottocorticali. Tale sindrome deve essere distinta anche da altri disturbi indotti da farmaci o sostanze e dall'ipertermia che si verifica sotto anestesia, sotto abuso di allucinogeni o per avvelenamento.

Distonia acuta indotta da farmaci

Anomala e prolungata contrazione dei muscoli degli occhi, della testa e del collo, degli arti o del tronco, che insorge dopo l'assunzione, l'aumento o la riduzione del dosaggio di un farmaco.

Acatisia acuta indotta da farmaci

Lamentele soggettive di irrequietezza, spesso con movimenti osservabili come irrequietezza delle gambe, dondolamento dei piedi, incapacità di sedersi e rimanere fermi, che insorge dopo l'assunzione, l'aumento o la riduzione del dosaggio di un farmaco.

Discinesia tardiva

Movimenti involontari della lingua, della parte inferiore del viso e della mascella, in associazione all'assunzione di un antipsicotico per alcuni mesi. Negli anziani, i sintomi possono svilupparsi già dopo un breve periodo di assunzione. Generalmente questo disturbo insorge dopo l'assunzione, l'aumento o la

riduzione del dosaggio di un farmaco. Se insorge dopo la sospensione di un farmaco, si chiama “distonia da astinenza” e dura circa 4-8 settimane; se persiste oltre, è chiamata “discinesia tardiva”.

Distonia tardiva e acatisia tardiva

Disturbi del movimento che insorgono in modo tardivo e spesso persistono per mesi o anni, anche dopo la sospensione o riduzione del dosaggio del farmaco

332

Tremore posturale indotto da farmaci

Tremore fine che insorge nel tentativo di mantenere una postura e si sviluppa in associazione all'uso di farmaci come litio, antidepressivi, valproato. È un tremore simile a quello osservato nell'ansia, in associazione a caffeina o ad altri stimolanti.

Altri disturbi del movimento indotti da farmaci

Disturbi del movimento non riconducibili a quelli già elencati, che includono manifestazioni simili alla sindrome maligna da neurolettici ma dovuta ad altri farmaci e non ai neurolettici, e altre condizioni tardive indotte dai farmaci.

Sindrome da discontinuità degli antidepressivi

Set di sintomi che insorgono dopo la sospensione improvvisa di oppure la mancata riduzione del dosaggio di un farmaco antidepressivo assunto per almeno un mese continuativo. I sintomi insorgono entro 1-2 giorni e sono di tipo sensoriale, cognitivo, emotivo e somatico. I sintomi sensoriali includono scosse elettriche, flash di luci, nausea, ipersensibilità a rumori e luci. Si riferiscono anche ansia e paura.

Questi sintomi si attenuano quando si riassume il farmaco.

Spesso si verificano dopo un trattamento con antidepressivi triciclici, inibitori della ricaptazione della serotonina, inibitori delle monoaminossidasi.

La paroxetina, che è un inibitore della ricaptazione della serotonina ad azione rapida (SSRI) è l'agente più comunemente associato alla sindrome da sospensione. Nel caso di un effetto stimolante di un antidepressivo, la sua sospensione può provocare la cosiddetta “astinenza da stimolante”, descritta nella categoria dei *disturbi da addiction*, piuttosto che una sindrome da discontinuità degli antidepressivi.

L'insorgenza, l'intensità e il decorso dipendono dalle dosi del farmaco, ma non si conosce bene il decorso, perché non ci sono studi longitudinali. La diagnosi differenziale può essere effettuata con:

- disturbi d'ansia e depressivi.
- disturbi da uso di sostanze perché, se si accerta l'uso di sostanze, tali sintomi possono essere dovuti ad esse.
- tolleranza ai farmaci, poiché i sintomi possono essere una risposta fisiologica alla sospensione di un farmaco dopo una regolare assunzione.

Altre reazioni avverse ai farmaci

Questa categoria serve ai clinici per diagnosticare effetti collaterali diversi dalla motilità, quando diventano l'oggetto principale di attenzione clinica. I sintomi possono includere grave ipotensione, aritmie cardiache, 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. Non sono disturbi mentali. La loro inclusione nel DSM-5 ha lo scopo di attrarre l'attenzione sulla portata di ulteriori questioni che si possono incontrare nella pratica clinica di routine e di fornire un elenco sistematico utile ai clinici per documentare tali questioni.

333

Problemi relazionali

Le relazioni più importanti, soprattutto quella tra *caregiver* e bambino o tra partner adulti, possono promuovere la salute, essere neutrali oppure provocare danni. All'eccesso, possono essere associate a trascuratezza, che ha un impatto negativo sulla salute.

Problemi correlati all'allevamento dei figli

- **Problema relazionale genitore-bambino.** In questa categoria, per “genitore” si intende il *caregiver* primario del bambino, che può essere un genitore biologico, adottivo o affidatario o un altro parente che adempie a questo ruolo. Un problema in questa relazione può compromettere il funzionamento emotivo, cognitivo e sociale. Esempi di problemi comportamentali comprendono un inadeguato controllo genitoriale, iperprotezione, pressione genitoriale, discussioni che possono sfociare in violenza. Problemi affettivi possono comprendere sensazioni di tristezza, apatia o rabbia verso gli altri individui nelle relazioni. Problemi cognitivi possono includere attribuzioni negative e ostili verso le intenzioni degli altri, sentimenti ingiustificati di alienazione, considerare gli altri un capro espiatorio.
- **Problema relazionale tra fratelli.** L'oggetto di attenzione sono i fratelli, sia di sangue che fratellastri, fratelli affidatari o adottivi, bambini o adulti. Tali relazioni possono essere disfunzionali e compromettere il funzionamento globale dell'individuo.
- **Allevamento lontano dai genitori.** Il bambino potrebbe essere sotto la custodia dello Stato, affidato in cura a consanguinei o affidatari oppure a persone esterne a quelle familiari o la cui collocazione non è stata ordinata o autorizzata. La categoria include anche i problemi di chi vive in casa-famiglia o in orfanotrofio.
- **Effetti negativi del disagio relazionale dei genitori sul bambino.** Si tratta degli effetti negativi della discordia nella relazione genitoriale, con alti livelli di conflitto, disagio o denigrazione, che si ripercuotono sulla salute del bambino.

Altri problemi correlati al gruppo di sostegno primario

- **Disagio relazionale con il /la coniuge o il/la partner.** I partner possono essere dello stesso genere o di genere diverso. Se la relazione presenta difficoltà nella soluzione dei conflitti, ritiro o eccessivo coinvolgimento, può compromettere il funzionamento globale, in particolare cognitivo e affettivo. Problemi cognitivi possono riguardare attribuzioni negative e ostili al partner, rifiuto dei comportamenti positivi del partner. Problemi affettivi possono sfociare in tristezza cronica, apatia e rabbia verso il partner.
- **Disgregazione della famiglia a causa di separazione o divorzio.** Categoria che si applica quando i partner adulti si sono separati o sono in procinto di farlo.

- **Alto livello di emozioni espresse all'interno della famiglia.** Ostilità, eccessivo coinvolgimento emotivo e critica diretta verso un membro della famiglia indicano un'elevata espressività delle emozioni, che si ripercuote sulla salute psicologica dell'individuo.
- **Lutto non complicato.** La reazione normale alla morte di una persona amata ha i sintomi tipici dell'episodio depressivo, come tristezza, apatia, problemi di sonno, per i quali l'individuo può chiedere aiuto a un professionista. Questi sintomi non rientrano però nella depressione vera e propria, ma costituiscono una reazione da lutto, che ha un decorso e un'eziologia differente, perché riconducibile alla perdita.

Abuso e trascuratezza

Questa categoria riguarda problemi di abuso o trascuratezza, vissuti nel presente o nel passato, che possono compromettere la salute psicologica e il funzionamento globale della persona.

Problemi di maltrattamento e trascuratezza infantile

- **Abuso fisico infantile.** L'abuso fisico è una lesione fisica non accidentale, che varia da lievi contusioni a gravi fratture o morte, a seguito di pugni, calci, morsi, accoltellamento, scuotimento, strangolamento, bruciature, inflitti con le mani, con oggetti o con qualsiasi altro modo. Queste azioni sono considerate di **abuso**, a prescindere dal fatto che il *caregiver* intendesse ferire o meno il bambino. La disciplina fisica, che può comprendere ad es. dare sculacciate, non viene considerata abuso fisico finché è ragionevole e non crea lesioni. Occorre specificare se si tratta di abuso fisico sospetto o confermato o di altre circostanze correlate all'abuso fisico.
- **Abuso sessuale infantile.** L'abuso sessuale contempla qualsiasi atto che coinvolge un bambino, destinato a procurare gratificazione sessuale a un adulto e comprende attività come accarezzare i genitali del bambino, penetrazione, incesto, stupro, sodomia o atti osceni. Include anche sfruttamento senza contatto es. forzando, ingannando, attraiendo o minacciando il bambino per farlo partecipare alle pratiche. Occorre specificare se si tratta di abuso sospetto o confermato o altre circostanze correlate all'abuso sessuale, come la presenza di un intervento dei servizi di salute mentale per le vittime di abuso sessuale infantile.
- **Trascuratezza infantile.** La trascuratezza consiste in un atto offensivo od omissione da parte di un *caregiver*, che priva il bambino delle necessità di base appropriate all'età e può causare danni fisici o psicologici. La trascuratezza include l'abbandono, l'incapacità di provvedere ai bisogni emotivi, all'educazione, alle cure mediche, all'alimentazione, alla protezione. Occorre specificare se si tratta di trascuratezza fisica sospetta o confermata e altre circostanze correlate alla trascuratezza, come la presenza di un intervento in atto da parte dei servizi di salute mentale.
- **Abuso psicologico infantile.** L'abuso psicologico consiste in un atto verbale o simbolico non accidentale da parte di un *caregiver*, che può causare danni psicologici al bambino. L'abuso comprende il denigrare, umiliare, minacciare, offendere, abbandonare un bambino o minacciargli di abbandono o di privarlo di cose a cui lui tiene. Include anche tenerlo prigioniero, legandolo mani e piedi o chiudendolo in un piccolo spazio, ad esempio in un armadio. Include anche disciplinare eccessivamente il bambino con strumenti fisici e non fisici, con una frequenza e durata estremamente elevata, anche se non tale da configurare abuso fisico. Occorre specificare se si tratta di abuso sospetto o confermato e altre circostanze correlate, come la presenza di un intervento in atto per il bambino da parte dei servizi di salute mentale.

Problemi di maltrattamento e trascuratezza nell'adulto

- **Violenza fisica del/della coniuge o del/della partner:** Questa categoria si utilizza quando nell'ultimo anno si sono verificati episodi non accidentali di violenza fisica che hanno causato danni fisici, hanno evocato paura e hanno per questo compromesso la salute psicologica e il funzionamento globale dell'individuo. Questi atti comprendono schiaffeggiare, spintonare, pizzicare, tirare i capelli, lanciare, mordere, dare calci, colpire con le mani o con un oggetto, esercitare pressione sulla gola, tenere la testa sott'acqua. Sono esclusi gli atti finalizzati a proteggere fisicamente l'altro. Occorre specificare se si tratta di violenza sospetta o confermata e altre circostanze correlate alla violenza, come la presenza di un intervento in atto per la vittima o l'autore presso i servizi territoriali.
- **Violenza sessuale del/della coniuge o del/della partner:** Questa categoria si utilizza quando nell'ultimo anno si sono verificati atti sessuali forzati o costretti verso un partner, che hanno causato danni fisici o psicologici e hanno per questo compromesso la salute psicologica e il funzionamento globale dell'individuo. La violenza sessuale può includere violenza fisica o psicologica per l'obbligare l'altro a impegnarsi in un'attività sessuale contro la sua volontà. Occorre specificare se si tratta di violenza sospetta o confermata e altre circostanze correlate alla violenza, come la presenza di un intervento in atto per la vittima o l'autore presso i servizi territoriali.
- **Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner:** Questa categoria si utilizza quando nell'ultimo anno si sono verificati atti offensivi od omissioni da parte di un partner che depriva l'altro e causa, quindi, danni fisici o psicologici. Questa categoria si usa quando un partner è estremamente dipendente dall'altro per la cura e l'assistenza nel gestire le attività ordinarie perché può essere incapace di prendersi cura di sé a causa di limitazioni fisiche, psicologiche, intellettive o culturali. Occorre specificare se si tratta di trascuratezza sospetta o confermata e altre circostanze correlate alla trascuratezza, come la presenza di un intervento in atto per la vittima o l'autore presso i servizi territoriali.
- **Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner:** Questa categoria si utilizza quando nell'ultimo anno si sono verificati atti non accidentali, verbali o simbolici, che causano o possono causare danni psicologici significativi. Questi atti possono includere umiliare, rimproverare, interrogare la vittima, limitare le capacità della vittima di potersi muovere liberamente, impedire alla vittima di accedere all'assistenza di cui necessita, minacciarla, aggredirla, danneggiarla anche con oggetti, isolargla dalla sua rete, perseguitarla e convincerla di essere pazza. Occorre specificare se si tratta di abuso sospetto o confermato e altre circostanze correlate, come la presenza di un intervento in atto per la vittima o l'abusante presso i servizi territoriali.
- **Abuso dell'adulto da parte di individui diversi dal/dalla coniuge o dal/dalla partner:** Questa categoria si utilizza quando nell'ultimo anno si sono verificati atti di abuso fisico, sessuale o emotivo da parte di un adulto su un altro. Questi possono includere atti non accidentali di violenza come spingere, graffiare, schiaffeggiare, che possono causare danni fisici e psicologici, oppure forzare ad atti sessuali, oppure atti che causano danno psicologico come rimproverare, umiliare e interrogare la persona oppure limitare i suoi spostamenti, l'utilizzo delle sue risorse, l'accesso ai servizi necessari o alla sua rete di relazioni, oppure convincere l'altra persona di essere pazza. Sono esclusi atti finalizzati a proteggere fisicamente se stessi o l'altro. Occorre specificare se si tratta di abuso sospetto o confermato e altre circostanze correlate, come la presenza di un intervento in atto per la vittima o l'abusante presso i servizi territoriali.

Problemi relativi all'istruzione e all'attività lavorativa

- **Problemi relativi all'istruzione:** Questi problemi includono analfabetismo o alfabetizzazione di basso livello, difficoltà di accesso alla scolarizzazione per inaccessibilità o irraggiungibilità, problemi di scarso rendimento scolastico, conflitto con insegnanti, altri studenti o personale

scolastico e altri problemi correlati alla formazione. Tali problemi influenzano il decorso di una patologia perché causano una grave compromissione del funzionamento globale della persona.

Problemi relativi all'attività lavorativa

- **Problema correlato all'appartenenza a un contingente militare dislocato lontano da casa:** causa compromissione del funzionamento e può peggiorare i sintomi di un disturbo dell'adattamento correlato a questa condizione, o di un altro disturbo mentale.
- **Altri problemi correlati all'attività lavorativa:** include problemi di disoccupazione o legati all'ambiente di lavoro, al recente cambio di lavoro, alla perdita, alla minaccia della perdita del lavoro, agli orari di lavoro o all'incertezza della carriera, all'insoddisfazione, alle molestie sul lavoro, ad altri fattori psicosociali stressanti.

336

Problemi abitativi

- **Problemi abitativi:** Anche questa categoria si affianca alla diagnosi se influisce su di essa e sul decorso della patologia.
- **Senzatetto.** Un individuo è considerato senzatetto se la sua dimora notturna principale è una casa di accoglienza per senzatetto, un ricovero riscaldato, uno spazio pubblico (tunnel, stazione ferroviaria, centro commerciale), un edificio non destinato ad uso residenziale, una grotta, una scatola di cartone ecc.
- **Abitazione inadeguata.** Questa categoria include abitazioni inadeguate, ad es. infestate da roditori, prive di impianti elettrici, idraulici o di riscaldamento (se con temperature fredde), sovraffollamento. È importante considerare caso per caso le norme di riferimento culturale.
- **Conflitti con vicinato, inquilino o padrone di casa.** Si tratta di problemi relazionali o conflitti che causano problemi abitativi anche in strutture a norma.

Problemi economici

Anche questa categoria si affianca alla diagnosi se influisce su di essa e sul decorso della patologia.

Mancanza di cibo e acqua potabile, povertà estrema, basso reddito, assicurazione o supporto dei sussidi pubblici insufficienti. Quest'ultima categoria si applica agli individui che avrebbero diritto a sussidi, ma non li ricevono o, se li ricevono, sono insufficienti per le loro necessità. Oppure, manca un'adeguata documentazione delle condizioni di vita e per questo non si riesce ad ottenere un'adeguata assistenza.
Problemi abitativi ed economici senza specificazione: altri problemi, non inclusi in quelli elencati.

Altri problemi correlati all'ambiente sociale

Anche questa categoria si affianca alla diagnosi, se influisce su di essa e sul decorso della patologia.

- **Problema relativo alla specifica fase di vita.** Difficoltà nelle “transizioni” ad es. iniziare o finire la scuola, allontanarsi dai genitori, sposarsi, diventare genitore, iniziare un nuovo lavoro, adattarsi al “nido vuoto” dopo l’uscita di casa dei figli ormai adulti.
- **Problema correlato al vivere da soli.** Sentimenti cronici di solitudine, isolamento e mancanza di regolarità nelle attività quotidiane (sonno irregolare, pasti irregolari ecc).
- **Difficoltà di integrazione culturale.**
- **Esclusione o rifiuto sociali.** Bullismo, intimidazioni, umiliazioni in contesti scolastici o lavorativi.
- **Oggetto di (percepita) discriminazione o persecuzione.** Discriminazione o persecuzione vissuta o percepita per motivi etnici, religiosi, di orientamento sessuale, status sociale, aspetto fisico.
- **Problema correlato all'ambiente sociale senza specificazione.** Altri problemi non elencati.

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

Anche questa categoria si affianca alla diagnosi, se influisce su di essa e sul decorso della patologia.

- Vittima di crimine
- Condanna in processi civili o penali senza reclusione
- Reclusione o altra limitazione della libertà
- Problemi correlati al rilascio dal carcere
- Problemi correlati ad altre circostanze giudiziarie

Altri interventi del servizio sanitario per counseling e consulenza medica

Anche questa categoria si affianca alla diagnosi se influisce su di essa e sul decorso della patologia.

- **Counseling sessuale.** Questa categoria si applica quando l'individuo richiede un counseling correlato a educazione sessuale, orientamento, atteggiamento e comportamento sessuale di altri o su altre questioni legate al sesso.
- **Altre forme di consultazione per counseling.** Questa categoria si applica quando l'individuo richiede un counseling correlato ad altre problematiche non elencate finora, ad esempio counseling dietetico, spirituale, religioso, ecc.

Problemi correlati ad altre circostanze psicosociali, personali e ambientali

- Problema religioso o spirituale
- Problemi correlati a gravidanza indesiderata
- Problemi correlati a multiparità
- Conflitti con fornitori di servizi sociali
- Vittima di terrorismo o tortura
- Esposizione a calamità, guerra o altri eventi avversi
- Altri problemi correlati a circostanze psicosociali
- Problemi correlati a circostanze psicosociali non specificate

Altre circostanze di storia personale

- Altre circostanze di storia personale
- Altra storia personale di trauma psicologico
- Storia personale di autolesionismo
- Storia personale di appartenenza a contingenti militari dislocati lontano da casa
- Problemi correlati allo stile di vita (mancanza di esercizio fisico, dieta inappropriata, comportamento sessuale ad alto rischio, scarsa igiene del sonno...)
- Comportamento antisociale dell'adulto. Categoria che include ladri di professione, criminali del racket, spacciatori di sostanze illecite, in assenza di un disturbo mentale, clinico o di personalità.
- Comportamento antisociale del bambino e dell'adolescente. Atti antisociali isolati di bambini e adolescenti, non riconducibili a disturbo della condotta o disturbo antisociale di personalità.

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

Anche questa categoria si affianca alla diagnosi, se influisce su di essa e sul decorso della patologia.

- Indisponibilità o inaccessibilità alle strutture sanitarie.
- Indisponibilità o inaccessibilità di altre agenzie di aiuto.
- Mancata aderenza al trattamento medico. La mancata aderenza è dovuta a vari fattori, ad esempio effetti collaterali non tollerati, credenze personali o religiose, costo proibitivo, presenza di un disturbo mentale.

Sovrappeso e obesità. Si usa se queste evenienze sono oggetto di attenzione clinica.

Simulazione di malattia. Produzione intenzionale di sintomi falsi o grossolanamente esagerati, per ottenere incentivi esterni, ad es. evitare il servizio militare, il lavoro, ottenere risarcimenti, sottrarsi a procedimenti

penali, procurarsi farmaci. In alcune circostanze, come l'essere prigionieri di un nemico in guerra, la simulazione può essere adattiva. Invece, essa è fortemente sospetta se si rilevano questi fattori:

1. L'individuo è sottoposto a valutazione su ordinanza di un magistrato o avendo in sospeso vertenze o contesti penali.
2. Marcata discrepanza tra stress denunciato dall'individuo ed effettiva disabilità riscontrata.
3. Mancanza di collaborazione nella fase diagnostica e di trattamento.
4. Disturbo antisociale di personalità.

338

La simulazione è da distinguere dal *disturbo fittizio* perché in entrambe c'è simulazione dei sintomi, ma nel disturbo fittizio non c'è il desiderio di un incentivo esterno, bensì di assumere il ruolo di malato. Inoltre, si distingue dal *disturbo di conversione* perché i sintomi somatici sono intenzionali.

Vagabondaggio associato a un disturbo mentale. Questa categoria si applica a persone con disturbi mentali il cui vagare crea problemi di gestione clinica e di sicurezza. Spesso, individui con disturbo neurocognitivo o disturbi del neurosviluppo sperimentano una pulsione senza sosta a vagare, che li spinge a lasciare contesti controllati senza l'accompagnamento necessario, rischiando incidenti. Si escludono gli individui che cercano di scappare da situazioni abitative e di vita indesiderate. Occorre codificare il disturbo associato.

Funzionamento intellettuvo borderline. Questa categoria si applica a individui il cui funzionamento intellettuvo non è normale, ma neppure patologico, poiché non hanno una vera e propria disabilità intellettuiva. Essi si trovano sulla soglia tra normalità e patologia, quindi occorre effettuare un'approfondita valutazione sia delle prestazioni cognitive che delle capacità adattive, eventualmente rilevando anche disturbi mentali che possono essere responsabili o concuse di tale funzionamento.

SEZIONE III

Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione

In questa sezione sono descritte scale e strumenti utili a migliorare il processo clinico, un inquadramento culturale di alcuni disturbi e concetti e disturbi da approfondire in ricerche future, poiché il DSM-5 è uno strumento dinamico, aperto al cambiamento.

339

Scale di valutazione

Sia in ambito clinico che di ricerca si avverte l'esigenza di affidarsi a una diagnosi dimensionale, che considera la patologia come la variazione entro un continuum, piuttosto che un'entità ben delimitata, con criteri diagnostici da includere o escludere in base a un sì o a un no. Questo approccio categoria si è infatti rivelato rigido, tanto che si è avvertita l'esigenza di creare categorie diagnostiche intermedie (come il disturbo schizoaaffettivo); di utilizzare, per la diagnosi, anche il resoconto soggettivo, l'intuito del clinico e la somministrazione di scale.

Scale di valutazione dei sintomi trasversali

Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1

Questa scala è uno strumento compilato dalla persona o da un informatore, con 23 domande che indagano 13 **domini psichiatrici trasversali alle diverse patologie** e che potrebbero svolgere una funzione importante nel miglioramento o nell'aggravamento della patologia, valutati su una scala da 1 a 5 punti. Questi 13 domini sono: **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**. Ogni dominio viene esplorato attraverso una o 3 domande, che chiedono se la persona nel passato abbia sofferto specifici sintomi in relazione a questi domini.

Per individui dai 6 ai 17 anni, è disponibile una versione con 25 domande relative a 12 domini, che può essere compilata dal genitore o dal tutore. Questi domini sono: **depressione, irritabilità, mania, ansia, sintomi somatici, ideazione suicidaria, psicosi, alterazioni del sonno, memoria, pensieri e comportamenti ripetitivi, dissociazione, funzionamento della personalità e uso di sostanze**. L'attendibilità, misurata su un campione americano pediatrico, risulta buona.

Ogni item ha un punteggio-soglia, oltre il quale è opportuno fare ulteriori indagini. Ad esempio, se un item riceve una valutazione da 2 punti in su, ciò può costituire una guida per effettuare ulteriori indagini. Allo stesso modo si procede se, agli item relativi all'uso di sostanze e all'ideazione suicidaria, si risponde con "non so".

Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 2

Ogni punteggio di soglia nella scala di Valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 indica la necessità di un approfondimento clinico. La **scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 2** indica le modalità con cui ottenere maggiori informazioni. Tali scale, sia nella versione per adulti che per età pediatrica, sono disponibili al link www.raffaellocortina.it/dsm-5.

Frequenza di utilizzo delle Scale di valutazione dei sintomi trasversali

La scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 e gli strumenti di approfondimento del livello 2 possono essere utilizzati più volte durante il percorso clinico, per monitorare l'andamento dei sintomi e registrare i miglioramenti. Per quanto riguarda la versione per l'età pediatrica, è opportuno somministrarla sempre allo stesso genitore o informatore. Punteggi costantemente elevati in un dominio potrebbero giustificare un'ulteriore valutazione e uno specifico trattamento e follow-up.

Scala relativa alle dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico

I disturbi dello “spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici” hanno una natura eterogenea. La loro gravità predice il grado dei deficit cognitivi e neurologici. I sintomi caratteristici come allucinazioni, deliri, eloquio disorganizzato, disorganizzazione del comportamento, non devono soltanto essere rilevati e spuntati come presenti/assenti, ma è opportuno valutarli anche a livello dimensionale e qualitativo, così da predire anche le capacità adattive e funzionali. Questo strumento è costituito da 8 item e valuta la gravità dei sintomi degli ultimi 7 giorni.

Scoring e interpretazione, Frequenza di utilizzo

Ogni item di questa scala è valutato da 1 a 5. Questo strumento può essere somministrato più volte durante il percorso clinico, per monitorare l’andamento dei sintomi e registrare i miglioramenti.

World Health Organization Disability, Assessment Schedule 2.0

La World Health Organization Disability - Assessment Schedule 2.0 (WHODAS) è uno strumento autosomministrato con 36 domande che valutano il grado di disabilità in persone al di sopra dei 18 anni d’età e si riferiscono ai precedenti 30 giorni. Include 6 domini: **comprendere e comunicare, mobilità, cura di sé, relazionarsi con le persone, attività della vita quotidiana, partecipazione alla vita sociale**. Se la persona non riesce a compilare la scheda, può essere compilata da un informatore che ne conosce bene le condizioni. La scheda per l’informatore è reperibile al link <http://www.raffaellocortina.it/dsm-5>

Istruzioni per lo scoring del WHODAS fornite dalla WHO

Ci sono vari modi per calcolare i punteggi della WHODAS.

- Semplice: consiste nel sommare i punteggi da 1 a 5 assegnati ad ogni item. È un metodo pratico e veloce, usato nella clinica, dove spesso si ha poco tempo; si basa sul presupposto che la somma dei punteggi può fornire un’indicazione generale utile sul grado di limitazione funzionale della persona.
- Complesso: questo metodo è basato sulla “teoria della risposta agli item” e prende in considerazione i diversi livelli di difficoltà di ciascun item, che vengono quindi pesati in modo diverso. I calcoli sono effettuati da un programma apposito per il computer, disponibile sul sito della WHO, www.who.int.
- Punteggi di dominio: la WHODAS può fornire anche punteggi dominio-specifici, sommando i valori degli item che compongono ciascun dominio.
- Norme di popolazione di WHODAS: per i punteggi normativi, consultare il link www.who.int/classifications/icf/Pop_norms_distribIRT_scores.pdf.

Procedura di scoring addizionale e guida all’interpretazione per gli utilizzatori del DSM-5

La scheda viene autocompilata dalla persona, ma se il clinico ritiene che il punteggio a un item debba essere diverso, può affiancarlo al punteggio assegnato dalla persona. Il DSM-5 consiglia di utilizzare i “punteggi medi” per valutare la gravità dei sintomi. I punteggi medi si ottengono dividendo il punteggio grezzo derivante dalla somma dei punteggi degli item che lo compongono per il numero degli item.

Il punteggio medio di disabilità generale è ottenuto invece sommando il totale dei punteggi agli item per il numero complessivo degli item, che sono 36. Se però la persona non fornisce risposta a più di 10 item, il calcolo dei punteggi medi non è affidabile. Occorre comunque incoraggiare sempre la persona a compilare tutta la scheda. Questo strumento può essere somministrato più volte durante il percorso clinico, per monitorare l’andamento dei sintomi e registrare i miglioramenti.

Inquadramento culturale

La *cultura* è l'insieme dei sistemi di conoscenze, concetti, regole e pratiche appresi e trasmessi da una generazione all'altra in un determinato contesto. La cultura è dinamica, perché cambia nel tempo. Oggi, ciascuno è esposto a più culture. Ogni società ha una lingua, una religione, una struttura familiare tipica, i suoi rituali e ceremoniali ed è importante conoscerli, per comprendere meglio il disturbo mentale e per evitare stereotipi e generalizzazioni.

La *razza* è una categoria culturalmente determinata dall'identità, che divide l'umanità in gruppi accomunati da specifici tratti fisici e a cui vengono attribuite specifiche caratteristiche psicologiche o sociali. Sono state fornite molte definizioni di razza: tuttavia, al di là delle delimitazioni biologiche, che non sono risultate affidabili, il concetto di razza è importante a livello sociale, perché spesso è un fattore coinvolto nei processi sociali del razzismo, della discriminazione e del pregiudizio, che possono aggravare un disturbo mentale.,

L'*etnia* è un'identità di gruppo di derivazione culturale, utilizzata per definire popoli e comunità e può essere legata a una storia, a una collocazione geografica, a una lingua o a una religione. L'etnia può essere autoassegnata o attribuita dagli altri. Oggi, con le migrazioni, i matrimoni misti, la mescolanza di culture, si sono definite molte etnie miste.

Cultura, razza ed etnia sono concetti legati a disuguaglianze economiche e sociali, razzismo e discriminazione e portano a disuguaglianze sulla salute. Le identità culturali possono essere fonte di sicurezza e appartenenza, ma anche di conflitti e difficoltà di adattamento.

341

Guida per l'inquadramento culturale

Già il DSM-IV conteneva una guida per l'inquadramento culturale, per comprendere gli aspetti culturali dei disturbi mentali. Il DSM-5 ha aggiornato tale guida e realizzato un'**Intervista per l'inquadramento culturale (IIC)** che prevede la valutazione delle seguenti categorie:

- **Identità culturale dell'individuo:** descrive i gruppi di riferimento culturali, etnici, razziali, che possono condizionare la relazione con gli altri, l'accesso alle risorse, le situazioni problematiche da affrontare. Può essere utile soprattutto per gli immigrati, annotando anche il grado di coinvolgimento con la loro cultura di origine.
- **Concettualizzazione culturale della sofferenza:** indica i modelli esplicativi tipici di una cultura riguardo alla salute e alla malattia, che possono influenzare il modo di esperire e di comunicare i propri sintomi. Può essere utile individuare anche le strategie di coping e le modalità di richiesta dell'assistenza tipiche di una cultura.
- **Eventi stressanti psicosociali e caratteristiche culturali della vulnerabilità e della resilienza:** indica gli eventi stressanti tipici di una cultura, nonché le modalità per affrontarli e le reti di sostegno formale e informale che vengono attivate. Occorre appuntare anche i livelli di funzionamento, la disabilità, la resilienza.
- **Caratteristiche culturali della relazione tra l'individuo e il clinico:** evidenziare le differenze tra l'individuo e il clinico in relazione allo status sociale, alla cultura e alla lingua, che possono generare fraintendimenti, discriminazioni, pregiudizi e causare difficoltà nella comunicazione o nell'interpretazione dei sintomi.
- **Valutazione culturale complessiva:** riassume le implicazioni dell'appartenenza alla cultura sul processo psicodiagnostiche di trattamento.

Intervista per l'inquadramento culturale (IIC)

L'IIC è una intervista semistrutturata costituita da 16 domande che aiutano il clinico a indagare sugli aspetti culturali della patologia. Per *cultura*, in questo caso si intendono:

- i valori, gli orientamenti, le conoscenze pratiche che gli individui traggono dalla partecipazione a gruppi sociali.
- aspetti della storia di un individuo e contesti sociali attuali che ne influenzano le opinioni.
- influenza della famiglia, degli amici e della rete sociale.

Essa, infatti, evidenzia in particolare 4 domini: **definizione culturale del problema, percezioni culturali della causa, del contesto e del sostegno, fattori culturali che influenzano il coping, fattori culturali che influenzano la richiesta di assistenza.** Non esistono risposte giuste o sbagliate; le stesse domande possono essere riformulate diversamente in base alle necessità e l'obiettivo di questa intervista è di evitare stereotipizzazioni.

L'IIC è disponibile al link www.raffaellocortina.it/dsm-5

Può essere somministrata nei primi colloqui, anche in forma parziale.

Essa è divisa in 2 colonne di testo: a sinistra ci sono le indicazioni per somministrarla, a destra quelle per capire come esplorare i vari domini. Una valutazione globale può includere anche luogo di nascita, stato civile, origine razziale, appartenenza religiosa, professione, reddito ed eventuale storia della migrazione.

L'IIC può aiutare soprattutto quando risulta difficile fare una diagnosi se le differenze etniche e culturali tra persona e clinico sono notevoli, oppure se c'è incertezza sul fatto che i sintomi siano influenzati dalla cultura o esprimano una patologia, se ci sono difficoltà a valutare la gravità di una patologia o se c'è uno scarso impegno della persona nel trattamento.

Se l'individuo non può compilare vi è una versione per un informatore, cioè una persona che conosce bene la storia e la condizione attuale di chi richiede l'intervento dello psicologo.

Concetti culturali di sofferenza

I concetti culturali di sofferenza sono i modi in cui ciascun gruppo sociale interpreta e comunica la sofferenza. Si distinguono: *le sindromi culturali*, cioè configurazioni di sintomi che tendono a presentarsi in un preciso gruppo sociale; *le concezioni peculiari del disagio culturalmente determinate*, che sono modalità culturali di esprimere la sofferenza, ad esempio con i riferimenti all'avere "i nervi" o la depressione, che non necessariamente corrispondono ad una psicopatologia, ma sono modalità comuni di comunicare un disagio; *le spiegazioni culturali o cause percepite*, cioè etichette e attribuzioni di cause alle varie patologie, non basate su conoscenze scientifiche, ma culturali.

Queste distinzioni sostituiscono la precedente dicitura "**sindrome culturalmente caratterizzata**", troppo localistica e patologica, mentre le concezioni culturali della sofferenza non si riferiscono solo a patologie ma sono modi di concepire la sofferenza e il disagio nelle sue varie forme, anche non gravi.

Il DSM-5 riconosce che tutte le patologie sono accompagnate da dimensioni culturali.

I concetti culturali di sofferenza hanno specifiche relazioni con il DSM:

- non sempre corrispondono a una patologia, anzi: una stessa forma di disagio culturalmente intesa può essere ricondotta a diverse patologie del DSM.
- i concetti culturali possono essere ricondotti a sofferenza di diversi livelli di gravità.
- lo stesso termine usato comunemente spesso fa riferimento a diverse situazioni; ad esempio, il termine *depressione* viene usato in riferimento al disturbo depressivo oppure a una lieve tristezza non clinicamente significativa o, a volte, come causa generica di una condizione psicologica, come si fa con la parola *stress*, che è generica, vaga e utilizzata per coprire molte situazioni ed eventi.

I concetti culturali sono importanti per le diagnosi psichiatriche per vari motivi:

- per evitare diagnosi errate, poiché ad esempio **alcune forme di spiritualità possono essere confuse con le psicosi**. Occorre invece valutare se i sintomi siano in realtà espressioni di alcune convinzioni e pratiche culturali.
- ottenere più informazioni cliniche utili perché le componenti culturali possono aumentare o diminuire la resilienza.
- migliorare la relazione e il coinvolgimento nella terapia, perché consente di "parlare il linguaggio del paziente" e di comprendere le eventuali metafore che usa.
- migliorare l'efficacia terapeutica, perché i convincimenti derivati culturalmente possono influenzare le aspettative verso il trattamento e l'impegno della persona.
- guidare la ricerca clinica, per chiarire le connessioni tra patologie psichiatriche e sindromi culturali.

- chiarire l'epidemiologia culturale, verificando se alcune patologie si verifichino più spesso presso specifici gruppi sociali.

I dati ottenuti dall'inquadramento culturale della diagnosi possono contribuire a chiarire meglio il quadro sintomatologico.

Oltre all'IIC, il DSM-5 contiene altri strumenti che aiutano a delineare un quadro chiaro e completo dell'individuo:

- dati contenuti in vari disturbi, dove si specificano eventuali variazioni culturali da considerare.
- altre condizioni che possono meritare attenzione clinica, poiché il DSM-5 contiene una sezione apposita dedicata ad eventuali problemi di integrazione, di tipo economico e sociale, di relazioni affettive e sociali.
- glossario dei concetti culturali di stress: l'Appendice contiene un glossario con esempi di concetti culturali usati per esprimere un disagio.

343

Sono in discussione anche nuovi **modelli per i disturbi di personalità e ulteriori condizioni** che meritano attenzione clinica e che potranno essere approfonditi con ulteriori studi, poiché attualmente gli studiosi non sono pervenuti a conclusioni condivise.

Condizioni che necessitano di ulteriori studi

La sezione si riferisce a quelle condizioni cliniche per le quali sono auspicate ricerche future.

- Sindrome di psicosi attenuata
- Episodi depressivi con ipomania di breve durata
- Disturbo da lutto persistente complicato
- Disturbo da uso di caffeina
- Disturbo da gioco su internet
- Disturbo neurocomportamentale associato a esposizione prenatale all'alcol
- Disturbo da comportamento suicidario
- Autolesività non suicidaria.

Appendice - Principali cambiamenti nel DSM-5 rispetto al DSM-IV

I cambiamenti più significativi del DSM-5 rispetto al DSM-IV riguardano la suddivisione dei capitoli, il sistema multiassiale e l'introduzione delle scale di valutazione multidimensionali.

344

Disturbi del neurosviluppo. Nel DSM-5, l'espressione "ritardo mentale" è stata sostituita da "disabilità intellettuale" (disturbo dello sviluppo intellettivo), poiché quest'ultima è un'espressione attualmente più diffusa tra professionisti e pubblico.

La disabilità intellettuale è calcolata sia sul QI che sul funzionamento adattivo. Tuttavia, la gravità della disabilità intellettuale dipende più dal funzionamento adattivo che dal QI. I disturbi della comunicazione sono stati riorganizzati e ridenominati e attualmente includono il disturbo del linguaggio, il disturbo fonetico-fonologico e il disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia.

È stata aggiunta, inoltre, una nuova condizione di disagio psicosociale, il disturbo della comunicazione sociale (pragmatica), che indica difficoltà nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale.

Il disturbo dello spettro autistico è il nuovo disturbo che racchiude i precedenti disturbi specifici inerenti l'autismo ed è caratterizzato da 2 deficit: linguaggio e comportamento.

Il disturbo a cui sono stati apportati più cambiamenti è il disturbo da deficit di attenzione/ iperattività, perché sono cambiati i criteri diagnostici, l'età di esordio, i sottotipi del DSM-IV sono stati sostituiti da specificatori, il cut-off è diventato di 5 sintomi invece che di 6 ed è ammessa ora la comorbilità con lo spettro autistico. I disturbi specifici dell'apprendimento (dislessia, disgrafia, discalculia e DSA non altrimenti specificato) sono stati raggruppati in un unico disturbo, con specificatori distinti per le compromissioni di lettura, scrittura e calcolo. È stata aggiunta una nuova categoria, quella dei disturbi del movimento.

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici. Sono cambiati alcuni criteri diagnostici della schizofrenia, eliminati i sottotipi perché non sono risultati stabili, è stata aggiunta nella sezione III del DSM-5 una valutazione dimensionale, cioè qualitativa, della gravità dei sintomi. Il disturbo schizoaffettivo richiede ora la presenza di un episodio disfunzionale dell'umore per la maggior parte della sua durata. Nel disturbo delirante, non è più necessario che i deliri non siano bizzarri; ora è compreso uno specificatore per i deliri di tipo bizzarro. La catatonìa può essere descritta da uno specificatore apposito e diagnosticata a sé oppure nel contesto di una condizione medica.

Disturbi bipolari e disturbi correlati. Il disturbo bipolare I, con episodi misti, è stato riconcettualizzato in disturbo bipolare "con caratteristiche miste". Sono state individuate delle condizioni che costituiscono una variante del disturbo bipolare e sono state definite "disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione": una è caratterizzata dalla presenza di un disturbo depressivo maggiore con ipomania che però dura solo 2-3 giorni, invece dei 4 generalmente richiesti per diagnosticare un episodio di ipomania. L'altra condizione è caratterizzata da disturbo depressivo maggiore e ipomania che dura i consueti 4 giorni, ma non soddisfa tutti i sintomi di ipomania.

Disturbi depressivi. Per evitare di diagnosticare eccessivamente il disturbo bipolare nei bambini, per individui con meno di 18 anni che hanno umore altalenante, irritabilità e discontrollo del comportamento, è stato introdotto il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. La distimia è diventata disturbo depressivo persistente. È stato poi aggiunto il disturbo disforico premestruale. Se durante un episodio depressivo maggiore sono presenti anche 3 sintomi di mania, si diagnostica un "episodio depressivo maggiore con caratteristiche miste". Il lutto è diventato un evento psicosociale stressante grave che può provocare un episodio depressivo maggiore e non deve durare per forza 2 mesi, ma può durare anche 1-2 anni.

Disturbi d'ansia. Il disturbo ossessivo-compulsivo non è più incluso tra i disturbi d'ansia, ma in un apposito capitolo intitolato "disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati", così come il disturbo

post-traumatico da stress e il disturbo acuto da stress sono confluiti nella nuova categoria dei “disturbi correlati a eventi traumatici stressanti”.

Nella fobia specifica e nella fobia sociale (ridenominata disturbo d’ansia sociale, con annesso l’eventuale specificatore “legata solo alla performance”) non è necessario che l’individuo riconosca che la sua ansia sia irragionevole. Per l’età evolutiva, il disturbo d’ansia da separazione e il mutismo selettivo sono classificati come disturbi d’ansia ed estesi anche all’età adulta, infatti è stato eliminato il criterio dell’esordio prima dei 18 anni, ma è stato introdotto il requisito della durata di almeno 6 mesi per evitare di patologizzare paure transitorie.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. Si tratta di un nuovo capitolo che include nuove patologie che costituiscono varianti del disturbo ossessivo-compulsivo, il quale viene accompagnato da un apposito specificatore che indica se il livello di insight della patologia è elevato o assente. È stato aggiunto anche lo specificatore “correlato a tic”, poiché la comorbilità tra disturbo ossessivo-compulsivo e tic ha implicazioni cliniche significative. Al dimorfismo corporeo è stato aggiunto lo specificatore “dismorfia muscolare” e quello relativo al livello di insight assente/con convinzioni deliranti.

Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti. Il disturbo da stress acuto richiede 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. I disturbi dell’adattamento sono diventati un insieme eterogeneo di sindromi in risposta a uno stress. Il disturbo acuto da stress può insorgere sia a seguito di esperienza diretta che indiretta di un evento stressante. Il disturbo post-traumatico da stress prevede ora 4 cluster di sintomi: rivivere l’evento traumatico, l’aumento dell’arousal, l’evitamento e le alterazioni negative di pensieri ed emozioni. Inoltre, sono stati aggiunti criteri specifici per i bambini ed è stata abbassata l’età di esordio. Riguardo all’età evolutiva, sono stati definiti 2 nuovi disturbi: disturbo reattivo dell’attaccamento e disturbo da impegno sociale disinibito.

Disturbi dissociativi. Riguardo a questi disturbi, depersonalizzazione e derealizzazione sono stati accorpati in un unico disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, la fuga dissociativa è diventata uno specificatore dell’amnesia dissociativa, sono cambiati i sintomi del disturbo dissociativo dell’identità.

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati. Si tratta della nuova denominazione dei disturbi somatoformi, che sono stati accorpati. L’ipocondria è stata ridenominata “disturbo d’ansia da malattia”. Tra le “altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica” sono ora inclusi i “fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche”.

Disturbi della nutrizione e dell’alimentazione. I disturbi alimentari dell’infanzia e della fanciullezza sono stati riorganizzati nel disturbo evitante/restrittivo dell’assunzione di cibo. Nell’anoressia, è stato eliminato il requisito dell’amenorrea. Per diagnosticare la bulimia, è sufficiente un’abbuffata a settimana. È stato aggiunto il disturbo da binge-eating, che prevede abbuffate senza condotte di compensazione.

Disturbi dell’evacuazione. Questi disturbi non sono più inclusi nella sezione “Infanzia e adolescenza”, ma costituiscono una categoria a parte, valida anche per l’età adulta.

Disturbi del sonno-veglia. Sono stati riorganizzati in disturbo da insomnia, narcolessia, disturbi del sonno correlati alla respirazione (divisi in apnea ostruttiva, apnea centrale e ipoventilazione), disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia; è stato eliminato il jet-lag e introdotti il disturbo comportamentale del sonno REM e la sindrome delle gambe senza riposo.

Disfunzioni sessuali. I disturbi sessuali sono stati riorganizzati in base al genere, sono stati accorpati alcuni disturbi femminili nel disturbo unico del desiderio sessuale e dell’eccitazione e aggiunto il

disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione, che accorpa vaginismo e dispaurenia, poiché difficili da distinguere. Le disfunzioni sessuali sono considerate ora *permanenti* o *acquisite* e *generalizzate* o *situazionali*.

Disforia di genere. Il cambiamento principale relativo alla disforia di genere consiste nell'enfatizzare il disagio dovuto all'incongruenza col proprio genere, che non necessariamente sfocia nell'identificazione con il genere opposto. Il termine *sesso*, che ha connotazione biologica, è stato sostituito da *genere*, che ha connotazione culturale. È stato aggiunto lo specificatore "post-transizione" per indicare la disforia vissuta da chi ha subito interventi di riassegnazione di genere.

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta. Si tratta di un nuovo capitolo del DSM-5, che include disturbi solitamente diagnosticati nell'infanzia e nell'adolescenza e che riguardano difficoltà nella gestione delle emozioni e del comportamento. Il disturbo oppositivo provocatorio presenta ora i sottotipi dell'umore collerico, del comportamento polemico e della vendicatività. Il disturbo della condotta può essere associato allo specificatore delle "emozioni prosociali limitate". Il disturbo esplosivo intermittente include ora esplosioni di aggressività fisica, ma anche verbale oppure fisica ma non distruttiva o lesiva, generata dalla rabbia.

Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction. Tra i disturbi correlati a sostanze e dipendenze è stato incluso il disturbo da gioco d'azzardo, sono state accorpate le diagnosi di abuso e di dipendenza, sono state descritte ulteriori condizioni come l'intossicazione, l'astinenza e il *craving*, cioè il forte desiderio di procurarsi la sostanza. Tra questi disturbi state aggiunte anche l'astinenza da cannabis e l'astinenza da caffeina e i nuovi specificatori "in ambiente controllato" e "in terapia agonista", in base alle condizioni in cui si trova l'individuo che riceve una diagnosi di disturbo correlato a sostanze.

Disturbi neurocognitivi. Demenza e disturbo amnestic maggiore sono confluite nel nuovo disturbo neurocognitivo maggiore (DNC), presente anche in una variante lieve e con differenti sottotipi eziologici.

Disturbi della personalità. I cluster in asse II non sono cambiati; tuttavia, nella sezione III del DSM-5 è stato definito un "modello alternativo per i disturbi della personalità", con criteri generali e procedure per la diagnosi di questi disturbi, che si basano sull'individuazione dei tratti e sulla descrizione del funzionamento complessivo. È stata aggiunta la categoria dei disturbi di personalità tratto-specificato, in sostituzione del disturbo di personalità non altrimenti specificato, da utilizzare se un individuo presenta alcuni tratti patologici, ma non rientra pienamente in nessuno dei disturbi di personalità.

Disturbi parafilici. Sono stati aggiunti gli specificatori "in ambiente controllato" e "in remissione". Viene ora distinta la parafilia dal disturbo parafilico. Infatti, la parafilia di per sé è una condizione non sufficiente per diagnosticare un disturbo, né per avviare un intervento clinico. Il disturbo parafilico richiede anche la compromissione del funzionamento dell'individuo oppure il fatto che, per soddisfare la parafilia, si provochi danno a sé o agli altri.