

Fabrizio Mignacca
Psicologo Albo degli Psicologi del Lazio N° 14128
Psicoterapeuta con indirizzo Gestalt Analitico
Consulente Tecnico di Tribunale
Vicepresidente Associazione Progetto Vittime
Via Clivo della Montagnola, 10 – Roma
Cell. 338-2510891
Tel. / Fax 06-45423909

Immacolata Antonietta Giuliani
Criminologa
Dottoressa in Scienze Psicologiche per l'analisi dei Processi Cognitivi Normali e Patologici
Consulente di Parte Civile
Docente Polizia di Stato corsi Intelligence & Security
Via Clivo della Montagnola, 10 – Roma
Cell 338-5975896
Tel. / Fax 06-45423909

Parere Pro Veritate
Procedimento Penale n. n. 9066/07
A carico di Raffaele Sollecito

Attendibilità del Testimone

Antonio Curatolo

Conseguenze di assunzione di stupefacenti (Eroina) secondo il
manuale dei Disturbi Mentali

(DSM IVTR)

Abstract

Antonio Curatolo all'atto della deposizione del 28-03-2009 afferma di essere senza fissa dimora da circa 8 anni.

Essendo stato il signor Antonio Curatolo descritto (confermato durante il processo d'appello da egli stesso) come dipendente da sostanze oppiacee in particolare da eroina, ripetutamente e per lungo periodo.

A seguito della dipendenza è verosimile abbia sviluppato patologia mentale farmaco indotta con la conseguenza dello sviluppo di comportamenti sociopatici e deleteri auto ed etero diretti, pregiudicanti la posizione di teste attendibile:

A breve termine

- ❖ Annebbiamento delle funzioni cognitive
- ❖ forte desiderio psicologico della sostanza

Nel lungo termine

- ❖ Tendenza cronica alla menzogna
- ❖ Perdita di memoria con attività compensativa immaginifica o mancata stratificazione del ricordo
- ❖ Introversione
- ❖ Depressione

L'attendibilità delle dichiarazioni di un soggetto è in relazione al grado di consapevolezza di cui egli ha facoltà. Non è chiaro quali fattori possano indurre a ritenere le affermazioni del Curatolo Antonio come attendibili dal momento che egli è stato dipendente da sostanze oppiacee in particolare dall'Eroina. Non c'è un reale accertamento delle condizioni in cui il Curatolo rese testimonianza esistendo su di lui forti indizi di sviluppo di sindrome psichiatrica farmaco indotta per i criteri prima esposti nel manuale diagnostico dei disturbi mentali (DSM IV). **È infatti rilevante e chiaro che gli effetti comprendano, in generale, perdita di memoria e tendenza cronica alla menzogna, nonché annebbiamento e rallentamento dell'attività mentale.**

Dipendenza da Oppiacei (*F11.2x Dipendenza da Oppiacei [304.00]*) vengono segnalati sviluppo di **Disturbo Psicotico Indotto da Oppiacei, Disturbo dell'Umore Indotto da Oppiacei, Disfunzione Sessuale Indotta da Oppiacei e Disturbo del Sonno Indotto da Oppiacei**

Nel caso di astinenza (*F11.3 Astinenza da Oppiacei [292.0]*) si sviluppa una precisa **sintomatologia comprendente sintomi cronici quali ansia, disforia, anedonia, insonnia e bisogno impellente della sostanza.** Nella maggior parte dei soggetti dipendenti da farmaci a breve durata d'azione come l'eroina, i sintomi di astinenza si verificano entro 6-12 ore dopo l'ultima dose. I sintomi possono richiedere 2-4 giorni **per emergere nel caso di farmaci a lunga durata d'azione come metadone o LAAM (L-alfacetilmetadolo).** I sintomi di astinenza acuta per un oppiaceo a breve durata d'azione come l'eroina generalmente presentano un picco entro 1-3 giorni e gradualmente recedono in un periodo di 5-7 giorni. I sintomi di astinenza meno acuta possono durare da

Nel caso di intossicazione (*F11.00 Intossicazione da Oppiacei [292.89]*) da eroina sono presenti alterazioni percettive. Questa specificazione può essere registrata quando si presentano allucinazioni con test di realtà integro, o illusioni uditive, visive o tattili in assenza di un delirium.

Inoltre sono presenti stati di apatia, disforia, agitazione o rallentamento psicomotorio, deficit della capacità critica o compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.

Il nodo centrale è costituito dalla necessità impellente e inglobante dell'assunzione ripetuta dello stupefacente che **rende il soggetto facilmente manipolabile e strumentalizzabile**, che mostrano una evidente possibilità di inattendibilità per le dichiarazioni rese dal signor Antonio Curatolo in relazione al procedimento penale in oggetto.

La strumentabilità del soggetto eroinomane è in relazione anche alla perdita di memoria che viene colmata con contenuti **elaborati ed immaginati o sottratti ad altri ricordi che perdono la temporalità**. Il soggetto quindi **tende a ricostruire la realtà a seconda della necessità e dell'opportunità mischiando letteralmente contenuti immaginati e mischiando immagini e ricordi diversi**.

Infine la testimonianza di Curatolo deve essere analizzata su due piani differenti, ovvero sulla sua capacità a testimoniare e sull'attendibilità alla testimonianza. Infatti la capacità a testimoniare differisce dall'attendibilità del teste, operando le stesse su piani diversi. La capacità di stare in giudizio è espressa ai sensi dell'art. 246 cod. proc. civ., dipende dalla presenza in un interesse giuridico (non di mero fatto) che potrebbe legittimare la partecipazione del teste al giudizio, mentre la seconda afferisce alla veridicità della deposizione che il giudice deve discrezionalmente valutare alla stregua di elementi di natura oggettiva (la precisione e completezza della dichiarazione, le possibili contraddizioni, ecc.) e di carattere soggettivo (la credibilità della dichiarazione in relazione alle qualità personali, ai rapporti con le parti ed anche all'eventuale interesse ad un determinato esito della lite), con la precisazione che anche uno solo degli elementi di carattere soggettivo, se ritenuto di particolare rilevanza, può essere sufficiente a motivare una valutazione di inattendibilità. Essendo il Curatolo un soggetto (vedi udienza Zannelli) abusante di sostanze stupefacenti in particolare eroina **bisogna necessariamente distinguere il suo stato mentale nel momento delle sue dichiarazioni in udienza (capacità di stare in giudizio) e attendibilità riferito al suo stile di vita, e alle "sue qualità personali"**.

Disturbi da Uso di Oppiacei

F11.2x Dipendenza da Oppiacei [304.00]

La maggior parte dei soggetti con Dipendenza da Oppiacei presentano livelli significativi di tolleranza e sperimenteranno astinenza alla brusca sospensione di sostanze oppiacee. La Dipendenza da Oppiacei comprende segni e sintomi che riflettono l'autosomministrazione prolungata, compulsiva, di sostanze oppiacee che non sono assunte per legittime necessità mediche, o che, qualora sia presente una condizione medica generale che richiede un trattamento con oppiacei, sono assunte in dosi eccessive rispetto alle quantità richieste per attutire il dolore. I soggetti con Dipendenza da Oppiacei tendono a sviluppare modalità così regolari di uso compulsivo della sostanza di abuso che le attività quotidiane sono tipicamente incentrate sul bisogno di procurarsi gli oppiacei e di somministrarseli. Gli oppiacei sono di solito acquistati sul mercato illegale, ma possono essere anche ottenuti da medici falsificando o esagerando problemi clinici generali, o ricevendo prescrizioni contemporaneamente da più medici. Il personale professionale sanitario con Dipendenza da Oppiacei può spesso procurarsi oppiacei mediante autoprescrizione, stornandoli da pazienti cui sono stati prescritti o da scorte di farmacia.

Disturbi Indotti da Oppiacei

F11.3 Astinenza da Oppiacei [292.0]

La caratteristica essenziale dell'Astinenza da Oppiacei è la presenza di una sindrome di astinenza che si sviluppa dopo cessazione (o riduzione) di un uso di oppiacei che sia stato prolungato e pesante (Criterio A1). La sindrome di astinenza può anche essere precipitata dalla somministrazione di un antagonista degli oppiacei (per es., naloxone o naltrexone) dopo un periodo di uso di oppiacei (Criterio A2). L'Astinenza da Oppiacei è caratterizzata da un quadro di segni e sintomi che sono opposti agli effetti agonisti acuti. I primi tra questi sono soggettivi e consistono in vissuti di ansia, irrequietezza e in una "sensazione di dolorabilità" spesso localizzata alla schiena o alle gambe, accompagnati da desiderio impellente di procurarsi oppiacei ("craving") e da un comportamento di ricerca della sostanza di abuso, insieme a irritabilità e aumentata sensibilità al dolore. Per fare diagnosi di Astinenza da Oppiacei è necessario che siano presenti tre o più dei seguenti sintomi: umore disforico; nausea o vomito; dolorabilità muscolare; lacrimazione o rinorrea; midriasi, piloerezione o aumento della sudorazione; diarrea; sbadigli; febbre e insonnia (Criterio B). Piloerezione e febbre sono associati a grave astinenza e non sono di frequente osservazione nella pratica clinica di routine, poiché i soggetti con Dipendenza da Oppiacei generalmente si procurano le sostanze prima che l'astinenza progredisca fino a questo punto. Questi sintomi di Astinenza da **Oppiacei devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti** (Criterio C). I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non risultano meglio spiegati con un altro disturbo mentale (Criterio D).

Nella maggior parte dei soggetti dipendenti da farmaci a breve durata d'azione come l'eroina, i sintomi di astinenza si verificano entro 6-12 ore dopo l'ultima dose. I sintomi possono richiedere 2-4 giorni per emergere nel caso di farmaci a lunga durata d'azione come metadone o LAAM (L-alfacetilmetadolo). I sintomi di astinenza acuta per un oppiaceo a breve durata d'azione come l'eroina generalmente presentano un picco entro 1-3 giorni e gradualmente recedono in un periodo di 5-7 giorni. **I sintomi di astinenza meno acuta possono durare da settimane a mesi. Questi sintomi più cronici comprendono ansia, disforia, anedonia, insonnia e bisogno impellente della sostanza.** Di fatto tutti i soggetti con Dipendenza da Oppiacei riferiscono una componente fisica, e tra questi il 50% ha avuto esperienza di astinenza.

Altri Disturbi Indotti da Oppiacei

I seguenti Disturbi Indotti da Oppiacei sono descritti in altre sezioni del manuale assieme ai disturbi dei quali condividono la fenomenologia: Delirium da Intossicazione da Oppiacei, **Disturbo Psicotico Indotto da Oppiacei**, **Disturbo dell'Umore Indotto da Oppiacei**, **Disfunzione Sessuale**

Indotta da Oppiacei e Disturbo del Sonno Indotto da Oppiacei. Questi disturbi sono diagnosticati al posto dell'Intossicazione da Oppiacei o dell'Astinenza da Oppiacei solo quando i sintomi sono più intensi di quelli associati all'Intossicazione da Oppiacei o alla sindrome di Astinenza e quando sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

F11.00 Intossicazione da Oppiacei [292.89]

Riferirsi anche al paragrafo e ai criteri per l'Intossicazione da Sostanze. La caratteristica essenziale della Intossicazione da Oppiacei è la presenza di modificazioni maladattive psicologiche o comportamentali clinicamente significative (per es., euforia iniziale seguita da **apatia, disforia, agitazione o rallentamento psicomotorio, deficit della capacità critica o compromissione del funzionamento sociale o lavorativo**) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso di oppiacei (Criteri A e B). L'intossicazione è accompagnata da **miosi (a meno che non vi sia stata una grave overdose con conseguente anossia e midriasi)** e da uno o più dei seguenti segni: **sonnolenza (descritta come "ciondolamento del capo") o anche coma, eloquio indistinto e compromissione dell'attenzione e della memoria (Criterio C).** I soggetti con Intossicazione da Oppiacei possono mostrare **disattenzione verso l'ambiente, fino al punto di ignorare eventi potenzialmente lesivi.** I sintomi non devono essere secondari a una condizione medica generale e non devono risultare meglio giustificati da un altro disturbo mentale (Criterio D).

L'intensità delle modificazioni comportamentali e fisiologiche conseguenti all'uso degli oppiacei dipende dalle dosi come dalle caratteristiche del soggetto che fa uso della sostanza (per es., tolleranza, tasso di assorbimento, cronicità d'uso). I sintomi dell'Intossicazione da Oppiacei generalmente durano per parecchie ore, cioè per un lasso di tempo conforme all'emivita della maggior parte dei farmaci oppiacei. Una severa intossicazione conseguente a una overdose di oppiacei può condurre a coma, depressione respiratoria, midriasi e anche a morte.

F11.04 Intossicazione da Oppiacei,

Con Alterazioni Percettive Questa specificazione può essere registrata quando si presentano allucinazioni con test di realtà integro, o illusioni uditive, visive o tattili in assenza di un delirium. Test di realtà integro significa che il soggetto riconosce che le allucinazioni sono indotte dalla sostanza e non rappresentano una realtà esterna. Quando le allucinazioni si manifestano in assenza di un test di realtà integro, dovrebbe essere presa in considerazione una diagnosi di Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze, Con Allucinazioni.

F11.3 Astinenza da Oppiacei [292.0]

Riferirsi anche al paragrafo e ai criteri per l'Astinenza da Sostanze. La caratteristica essenziale dell'Astinenza da Oppiacei è la presenza di una sindrome di astinenza che si sviluppa dopo cessazione (o riduzione) di un uso di oppiacei che sia stato prolungato e pesante (Criterio A1). La sindrome di astinenza può anche essere precipitata dalla somministrazione di un antagonista degli oppiacei (per es., naloxone o naltrexone) dopo un periodo di uso di oppiacei (Criterio A2). L'Astinenza da Oppiacei è caratterizzata da un quadro di segni e sintomi che sono opposti agli effetti agonisti acuti. I primi tra questi sono soggettivi e consistono in vissuti di ansia, irrequietezza e in una "sensazione di dolorabilità" spesso localizzata alla schiena o alle gambe, accompagnati da desiderio impellente di procurarsi oppiacei ("craving") e da un comportamento di ricerca della sostanza di abuso, insieme a irritabilità e aumentata sensibilità al dolore. Per fare diagnosi di Astinenza da Oppiacei è necessario che siano presenti tre o più dei seguenti sintomi: **umore disforico; nausea o vomito; dolorabilità muscolare; lacrimazione o rinorrea; midriasi, piloerezione o aumento della sudorazione; diarrea; sbadigli; febbre e insonnia (Criterio B).** Piloerezione e febbre sono associati a grave astinenza e non sono di frequente osservazione nella pratica clinica di routine, poiché i soggetti con Dipendenza da Oppiacei generalmente si procurano le sostanze prima che

l'astinenza progredisca fino a questo punto. Questi sintomi di Astinenza da Oppiacei devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti (Criterio C). I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non risultano meglio spiegati con un altro disturbo mentale (Criterio D).

Nella maggior parte dei soggetti dipendenti da farmaci a breve durata d'azione come l'eroina, i sintomi di astinenza si verificano entro 6-12 ore dopo l'ultima dose. I sintomi possono richiedere 2-4 giorni per emergere nel caso di farmaci a lunga durata d'azione come metadone o LAAM (L-alfacetilmetadolo). I sintomi di astinenza acuta per un oppiaceo a breve durata d'azione come l'eroina generalmente presentano un picco entro 1-3 giorni e gradualmente recedono in un periodo di 5-7 giorni. I sintomi di astinenza meno acuta possono durare da settimane a mesi. Questi sintomi più cronici comprendono ansia, disforia, anedonia, insonnia e bisogno impellente della sostanza. Di fatto tutti i soggetti con Dipendenza da Oppiacei riferiscono una componente fisica, e tra questi il 50% ha avuto esperienza di astinenza.

Altri Disturbi Indotti da Oppiacei

I seguenti Disturbi Indotti da Oppiacei sono descritti in altre sezioni del manuale assieme ai disturbi dei quali condividono la fenomenologia: Delirium da Intossicazione da Oppiacei, Disturbo Psicotico Indotto da Oppiacei, Disturbo dell'Umore Indotto da Oppiacei, Disfunzione Sessuale Indotta da Oppiacei e Disturbo del Sonno Indotto da Oppiacei. Questi disturbi sono diagnosticati al posto dell'Intossicazione da Oppiacei o dell'Astinenza da Oppiacei solo quando i sintomi sono più intensi di quelli associati all'Intossicazione da Oppiacei o alla sindrome di Astinenza e quando sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

F11.9 Disturbo Correlato agli Oppiacei

Non Altrimenti Specificato [292.9]

La categoria Disturbo Correlato agli Oppiacei Non Altrimenti Specificato si applica ai disturbi associati all'uso di oppiacei che non sono classificabili come Dipendenza da Oppiacei, Abuso di Oppiacei, Intossicazione da Oppiacei, Astinenza da Oppiacei, Delirium da Intossicazione da Oppiacei, Disturbo Psicotico Indotto da Oppiacei, Disturbo dell'Umore Indotto da Oppiacei, Disfunzione Sessuale Indotta da Oppiacei o Disturbo del Sonno Indotto da Oppiacei.

Dipendenza da Sostanze

Caratteristiche

La manifestazione essenziale della Dipendenza da Sostanze è un gruppo di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici indicativi che il soggetto continua a far uso della sostanza nonostante la presenza di problemi significativi correlati alla sostanza. Vi è una modalità di autosomministrazione reiterata, che usualmente risulta in tolleranza, astinenza e comportamento compulsivo di assunzione della sostanza di abuso. Una diagnosi di Dipendenza da Sostanze si può applicare a ogni classe di sostanze eccetto la caffeina. I sintomi di Dipendenza sono simili attraverso le diverse categorie di sostanze, ma per certe classi alcuni sintomi sono meno salienti e in pochi casi non tutti applicabili (per es., i sintomi di astinenza non sono specificati per la Dipendenza da Allucinogeni). Benché non sia specificamente elencato come voce di un criterio, il "craving" (una forte pulsione soggettiva ad usare la sostanza) può essere sperimentato facilmente dalla maggioranza (se non da tutti) i soggetti con Dipendenza da Sostanze. La dipendenza è definita come un raggruppamento di 3 o più dei sintomi sotto elencati che ricorrano in un qualunque momento nello stesso periodo di 12 mesi.

La tolleranza (Criterio 1) corrisponde al bisogno di quantità notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione (o l'effetto desiderato), o a un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza. Il grado in cui si sviluppa la tolleranza varia grandemente fra le sostanze. Inoltre, per una sostanza specifica si possono sviluppare vari gradi di tolleranza dovuti ai suoi diversi effetti sul sistema nervoso centrale. Ad esempio, nel caso degli oppioidi la tolleranza alla depressione respiratoria e la tolleranza all'analgesia si sviluppano con tassi di frequenza diversi. I soggetti che fanno un uso pesante di oppiacei e stimolanti possono sviluppare notevoli (per es., 10 volte maggiori) livelli di tolleranza, spesso a un dosaggio che risulterebbe letale per un soggetto non consumatore. Anche la tolleranza all'alcool può essere spiccata, ma di solito è molto meno estrema che per le amfetamine. Molti fumatori di sigarette consumano più di 20 sigarette al giorno, una quantità che avrebbe prodotto sintomi di tossicità quando essi cominciarono a fumare per la prima volta. I soggetti consumatori pesanti di cannabis o fenciclidina (PCP) generalmente non sono consapevoli di aver sviluppato tolleranza (benché sia stata dimostrata negli studi sugli animali e in certi pazienti). Può essere difficile determinare la tolleranza dalla sola storia quando la sostanza usata sia illegale e probabilmente mescolata con vari diluenti o con altre sostanze. In tali situazioni, possono essere utili esami di laboratorio (per es., alti livelli plasmatici della sostanza accoppiati a scarsi segni clinici di intossicazione suggeriscono una probabile tolleranza). La tolleranza deve essere anche distinta dalla variabilità individuale della sensibilità iniziale agli effetti di particolari sostanze. Per es., certi bevitori principianti mostrano segni molto scarsi di intossicazione dopo 3-4 bevute, mentre altri di pari peso e con abitudini alcoliche simili presentano disartria e incoordinazione.

L'astinenza (Criterio 2a) è una modificazione patologica del comportamento, con eventi fisiologici e cognitivi concomitanti, che si verifica quando le concentrazioni ematiche o tissutali di una sostanza declinano in un soggetto che ha fatto un uso prolungato pesante della stessa. Dopo aver sviluppato spiacevoli sintomi di astinenza, la persona tende ad assumere la sostanza per attenuare o evitare quei sintomi (Criterio 2b), tipicamente facendo uso della sostanza durante tutto il giorno e iniziando presto dopo il risveglio. **I sintomi di astinenza, che sono di solito opposti agli effetti acuti della sostanza, variano grandemente fra le classi di sostanze e sono previsti distinti set di criteri per l'Astinenza per la maggior parte delle classi. Comunemente si registrano notevoli, e in genere facilmente evidenziabili, segni fisiologici di astinenza con alcool, oppiacei e sedativi, ipnotici e ansiolitici.** Segni e sintomi di astinenza sono spesso presenti, ma possono essere meno appariscenti, tanto con stimolanti quali amfetamine e cocaina, quanto con nicotina e cannabis. Nessuna astinenza significativa è stata osservata con allucinogeni, persino dopo un uso ripetuto. L'astinenza da fenciclidina e sostanze correlate non è ancora stata descritta nell'uomo (benché sia stata dimostrata negli animali).

Né la tolleranza né l'astinenza sono necessarie o sufficienti per una diagnosi di Dipendenza da Sostanze. Tuttavia, per la maggior parte delle classi di sostanze, una storia precedente di tolleranza o di astinenza si associa a un decorso clinico più grave (cioè un'insorgenza più precoce della Dipendenza, livelli più alti di assunzione della sostanza, ed un maggior numero di problemi correlati all'uso della sostanza). Alcuni soggetti (ad es., quelli con Dipendenza da Cannabis) mostrano uno schema di uso compulsivo senza evidenti segni di tolleranza o di astinenza. Al contrario, certi pazienti chirurgici e di medicina generale, che non presentano Dipendenza da Oppiacei, possono sviluppare nel decorso post-operatorio una tolleranza agli oppiacei prescritti e provare sintomi di astinenza senza mostrare alcun ovvio segno di uso compulsivo. Le specificazioni Con Dipendenza Fisica e Senza Dipendenza Fisica sono previste per indicare la presenza o l'assenza di tolleranza o astinenza.

I seguenti item descrivono la modalità compulsiva d'uso della sostanza che è caratteristica della Dipendenza. Il soggetto può assumere la sostanza in quantità maggiori o per un periodo più lungo di quanto inteso in origine (per es., egli può continuare a bere fino ad essere gravemente intossicato nonostante avesse stabilito il limite di una bevuta soltanto) (Criterio C). Il soggetto può esprimere un desiderio persistente di ridurre o regolare l'uso della sostanza. Spesso vi sono stati molti sforzi infruttuosi di diminuire o interrompere l'uso (Criterio 4). Il soggetto può spendere una grande quantità di tempo per ottenere la sostanza, per usarla, o per ristabilirsi dai suoi effetti (Criterio 5). In certi casi di Dipendenza da Sostanze, virtualmente tutte le attività quotidiane della persona ruotano intorno alla sostanza. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative possono essere abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza (Criterio 6). Il soggetto può ritirarsi da attività familiari o hobbies con il fine di usare la sostanza in privato o per passare più tempo ad assumere la sostanza con amici. Nonostante riconosca il ruolo della sostanza nel contribuire a creare un problema psicologico o fisico (per es., gravi sintomi depressivi o danno a qualche apparato organico), la persona continua a fare uso della sostanza (Criterio 7). Il punto chiave nel valutare questo criterio

non è l'esistenza del problema, ma piuttosto l'incapacità del soggetto di astenersi dall'uso della sostanza a dispetto delle prove evidenti delle difficoltà che essa provoca.

Specificazioni

Tolleranza e astinenza possono essere associate a un rischio più alto per problemi medici generali immediati e a un tasso più elevato di ricadute. Le specificazioni sono previste per annotare la loro presenza o assenza:

Con Dipendenza Fisica. Questa specificazione dovrebbe essere usata quando la Dipendenza da Sostanza è accompagnata da prove evidenti di tolleranza (Criterio 1) o di astinenza (Criterio 2).

Senza Dipendenza Fisica. Questa specificazione dovrebbe essere usata quando non vi sono prove evidenti di tolleranza (Criterio 1) o di astinenza (Criterio 2). In certi soggetti, la Dipendenza da Sostanze è caratterizzata da una modalità di uso compulsiva (almeno 3 voci dai criteri 3-7).

Specificazioni di decorso

Sono disponibili 6 specificazioni di decorso per la Dipendenza da Sostanze. Le 4 specificazioni di Remissione possono essere applicate solo dopo che nessuno dei criteri per la Dipendenza da Sostanze o per l'Abuso di Sostanze sia stato continuativamente soddisfatto per almeno 1 mese. Per quei criteri che riguardano problemi ricorrenti si può applicare una specificazione di remissione soltanto se non è stato presente alcun aspetto del criterio (ad es., un incidente di guida durante un'intossicazione sarebbe sufficiente per rendere il soggetto non qualificato per essere considerato in remissione). La definizione di questi 4 tipi di Remissione è basata sull'intervallo di tempo trascorso dalla cessazione della Dipendenza (Remissione Iniziale versus Protratta), e sull'eventuale presenza continuativa di una o più delle condizioni incluse nei set di criteri per Dipendenza o Abuso (Remissione Parziale versus Completa). Poiché i primi 12 mesi successivi alla Dipendenza sono un lasso di tempo a rischio particolarmente elevato per ricaduta, questo periodo è designato come Remissione Iniziale. Dopo che sono trascorsi 12 mesi di Remissione Iniziale senza ricaduta nella Dipendenza, la persona entra nel periodo di Remissione Protratta. Ai tipi di Remissione Iniziale e Protratta viene aggiunta l'ulteriore designazione di Completa se nessun criterio per Dipendenza o Abuso è risultato soddisfatto durante il periodo di remissione; viene data una designazione di Parziale se almeno uno dei criteri per Dipendenza o Abuso è risultato soddisfatto, in modo intermittente o continuo, durante il periodo di remissione. La differenziazione della Remissione Completa Protratta dal recupero (nessun Disturbo da Uso di Sostanze in atto) richiede considerazione della lunghezza del tempo dall'ultimo periodo di alterazione, della durata totale del disturbo e della necessità di una valutazione continuativa. Se, dopo un periodo di remissione o recupero, il soggetto diventa di nuovo dipendente, l'applicazione della specificazione di Remissione Iniziale richiede che vi sia di nuovo almeno un periodo di un mese durante il quale non sia risultato soddisfatto alcun criterio per Dipendenza o Abuso. Sono state previste 2 specificazioni aggiuntive:

In Terapia Agonista e In Ambiente Controllato. Perché un soggetto possa qualificarsi in Remissione Iniziale dopo cessazione di terapia agonista o dimissione da un ambiente controllato, vi deve essere un periodo di un mese nel quale non è risultato soddisfatto alcuno dei criteri per Dipendenza o Abuso.

Le seguenti specificazioni di Remissione possono essere applicate solo dopo che nessun criterio per Dipendenza o Abuso sia risultato soddisfatto per almeno un mese. Notare che queste specificazioni non si applicano se il soggetto è in terapia agonista o in un ambiente controllato (vedi sotto).

Intossicazione da Sostanze

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dell'Intossicazione da Sostanze è lo sviluppo di una sindrome sostanza-specifica reversibile dovuta all'ingestione recente di (o all'esposizione a) una sostanza (Criterio A). Le modificazioni patologiche, clinicamente significative, di natura comportamentale o psicologica, associate all'intossicazione (per es., litigiosità, labilità dell'umore, deficit cognitivo, compromissione della capacità critica, compromissione del funzionamento sociale o lavorativo) sono dovute agli effetti fisiologici diretti della sostanza sul sistema nervoso centrale e si sviluppano durante o subito dopo l'assunzione della sostanza (Criterio B). I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non possono essere meglio spiegati con un altro disturbo mentale (Criterio C). L'Intossicazione da Sostanze è spesso associata ad **Abuso o Dipendenza da Sostanze**. Questa categoria non si applica alla nicotina. Le prove dell'assunzione recente della sostanza possono essere fornite dalla storia, dall'esame fisico (per es., alito alcolico) o dalle analisi tossicologiche dei fluidi organici (per es., urine o sangue).

Le più comuni modificazioni implicano alterazioni della percezione, della vigilanza, dell'attenzione, del pensiero, del giudizio, dell'attività psicomotoria e del comportamento interpersonale. Lo specifico quadro clinico dell'Intossicazione da Sostanze varia drammaticamente da un individuo all'altro e dipende anche da quale sostanza è implicata, dalla dose, dalla durata o dalla cronicità del dosaggio, dalla tolleranza del soggetto agli effetti della sostanza, dal periodo di tempo trascorso dall'ultima dose, dalle aspettative del soggetto rispetto agli effetti della sostanza e dall'ambiente o dal setting nel quale è assunta la sostanza. Le intossicazioni "acute" o a breve termine possono avere segni e sintomi differenti dalle intossicazioni "croniche" o prolungate. Per es., dosi moderate di cocaina possono produrre inizialmente una tendenza a socializzare ma, se tali dosi sono ripetute frequentemente per giorni o settimane, può svilupparsi una tendenza al ritiro sociale. Sostanze differenti (a volte persino differenti classi di sostanze) possono produrre sintomi identici. Per es., l'Intossicazione da Amfetamine e da Cocaina possono entrambe presentarsi con grandiosità e iperattività, accompagnate da tachicardia, dilatazione pupillare, ipertensione e sudorazione o brividi. Inoltre, anche l'alcool e le sostanze che appartengono alla classe dei sedativi, degli ipnotici o degli ansiolitici producono sintomi simili di intossicazione.

Quando viene usato in senso fisico, il termine *intossicazione* ha un significato più ampio dell'Intossicazione da Sostanze come definita qui. Molte sostanze possono produrre modificazioni

fisiche o psicologiche che non sono necessariamente patologiche. Per es., un soggetto con tachicardia da uso eccessivo di caffeina ha un'intossicazione fisiologica ma, se questo è il solo sintomo, in assenza di comportamento patologico non si dovrebbe applicare la diagnosi di Intossicazione da Caffeina. La natura patologica di una modificazione comportamentale indotta da sostanze dipende dal contesto sociale e ambientale. Il comportamento patologico generalmente espone il soggetto ad un rischio significativo per effetti avversi (per es., incidenti, complicazioni mediche generali, contrasti nelle relazioni sociali e familiari, difficoltà lavorative o finanziarie, problemi legali). I segni e i sintomi dell'intossicazione a volte possono persistere per ore o giorni oltre il tempo nel quale la sostanza è rintracciabile nei liquidi organici. Questo può essere dovuto al persistere di basse concentrazioni della sostanza in certe aree dell'encefalo, o a un effetto tipo "toccata e fuga" nel quale la sostanza altera un processo fisiologico, il cui ristabilimento richiede un tempo più lungo di quello necessario all'eliminazione della sostanza. Questi effetti a lungo termine dell'intossicazione devono essere distinti dall'astinenza (cioè, sintomi provocati da una diminuzione della concentrazione di una sostanza nel sangue o nei tessuti).

Criteri diagnostici per l'Intossicazione da Sostanze

- A.** Lo sviluppo di una sindrome sostanza-specifica reversibile dovuta alla recente assunzione di (o esposizione a) una sostanza. **Nota.** Differenti sostanze possono produrre sindromi simili o identiche.
- B.** Modificazioni patologiche clinicamente significative sul piano comportamentale o psicologico dovute all'effetto della sostanza sul sistema nervoso centrale (per es., litigiosità, labilità d'umore, deficit cognitivi, difetto delle capacità critiche, compromissione del funzionamento sociale o lavorativo) e che si sviluppano durante o poco dopo l'assunzione della sostanza.
- C.** I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non possono essere meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

Altri Disturbi Mentali Indotti da Sostanze

Procedure di registrazione per i Disturbi Mentali Indotti da Sostanze inclusi in altre sezioni del Manuale

I Disturbi Indotti da Sostanze causano una varietà di sintomi che sono caratteristici di altri disturbi mentali. Per facilitare la diagnosi differenziale, il paragrafo e i criteri per questi altri Disturbi Indotti da Sostanze sono inclusi nelle sezioni del manuale che trattano i disturbi dei quali condividono la fenomenologia:

Delirium Indotto da Sostanze è incluso nella sezione "Delirium, Demenza, Disturbo Amnestico e Disturbi Cognitivi Diversi".

Demenza Persistente Indotta da Sostanze è inclusa nella sezione "Delirium, Demenza, Disturbo Amnestico e Disturbo Cognitivo Diverso".

Disturbo Amnestico Persistente Indotto da Sostanze è incluso nella sezione "Delirium, Demenza Disturbo Amnestico e Disturbi Cognitivi Diversi".

Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze è incluso nella sezione "Schizofrenia e Altri Disturbi Psicotici". (Nel DSM-III-R questi disturbi erano classificati come "Allucinosi Organica" e "Disturbo Delirante Organico").

Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze è incluso nella sezione "Disturbi dell'Umore".

Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze è incluso nella sezione "Disturbi d'Ansia".

Disfunzione Sessuale Indotta da Sostanze è inclusa nella sezione "Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere".

Disturbo del Sonno Indotto da Sostanze è incluso nella sezione "Disturbi del Sonno".

In aggiunta, il **Disturbo Percettivo Persistente da Allucinogeni (Flashbacks)**.

*Fabrizio Mignacca
Psicologo Albo degli Psicologi del Lazio N° 14128
Psicoterapeuta con indirizzo Gestalt Analitico
Consulente Tecnico di Tribunale
Vicepresidente Associazione Progetto Vittime*

*Immacolata Antonietta Giuliani
Criminologa
Dottoranda in Scienze Psicologiche per l'analisi dei Processi Cognitivi Normali e
Patologici
Consulente di Parte Civile
Docente Polizia di Stato corsi Intelligence & Security*