

# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno XI, n. 40

MISSION n. 65-66

**Board editoriale e Comitato scientifico:** Giovanni Adolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibin, Giovanni Galimberti, Ina Hinnenthal, Ezio Manzato, Antonio Mosti, Felice Nava, Biagio Sanfilippo, Teo Vignoli, Valeria Zavan

**Direttore:** Alfio Lucchini

**Responsabile scientifico:** Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:  
[missionredazione@gmail.com](mailto:missionredazione@gmail.com)

**Redazione:** Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava, Lilia-na Praticò, Sara Rosa, Valeria Zavan

**Redazione Mission:** CeRCo, Milano.

## Riflessioni e analisi sull’evoluzione del concetto di dipendenza da alcol all’interno dei principali sistemi diagnostici DSM e ICD: novità e confronto tra classificazione ICD-11 e DSM-5-TR

*Giovanna Crespi\*, Elisa Giglio\*\*, Giovanni Luca Galimberti\*, Alfio Lucchini\*\*\**

### Introduzione

Al fine di orientare il clinico nel processo diagnostico dei disturbi da uso di alcol, i due principali manuali utilizzati dai professionisti e dalle strutture sanitarie sono il Manuale Diagnostico Statistico (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) pubblicato dall’American Psychiatric Association e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD, International Classification of Diseases), stilata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) (1).

La differenza principale tra i due sistemi diagnostici, che permane anche nelle ultime revisioni (quinta edizione-TR per il DSM e undicesima edizione per l’ICD), riguarda l’approccio: mentre il DSM è più orientato alla ricerca scientifica, il sistema diagnostico dell’ICD sottolinea l’importanza di migliorare la “clinical utility” delle diagnosi nella pratica clinica ordinaria (2).

\* Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, SerD Monza - ASST Brianza, Monza (MB).

\*\* Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Milano Bicocca, Monza (MB).

\*\*\* Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze – CeRCo, Milano.

L’obiettivo di questo articolo consiste nell’analizzare, attraverso le varie edizioni dei sopracitati sistemi, l’evoluzione dell’approccio diagnostico ai disturbi alcol-correlati dal 1950 ad oggi.

### Discussione

Prima del 1970, l’unica diagnosi formulata relativamente al consumo di alcol era “alcolismo” o “alcol addiction”, che, nelle prime edizioni sia del DSM che dell’ICD, era descritta come un sottotipo dei disturbi di personalità.

Questo riflette una comprensione primitiva della condizione, descritta come una caratteristica stabile e persistente della personalità piuttosto che come un disturbo separato e complesso (3, 4, 5).

Questa terminologia generica racchiude una vasta gamma di comportamenti e problemi associati al consumo di alcol senza che vi sia una distinzione tra vari tipi di disturbi correlati e riflette una visione limitata e generalizzata dei problemi alcol-correlati, senza una categorizzazione dettagliata, ma con un focus prevalentemente incentrato sui tratti antisociali e impulsivi della personalità (4, 5).

Con l'ICD-9 (WHO, 1975) (6) e la Terza Edizione del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) (5), vi è un significativo avanzamento nella comprensione e nella diagnosi dei disturbi legati all'alcol, con maggior contributo da parte del DSM, che offre criteri più chiari e specifici rispetto all'ICD-9.

Si assiste, dunque, alla separazione dei disturbi da uso di sostanze/alcol dalla categoria dei disturbi di personalità, con l'introduzione di una categoria diagnostica a se stante e distinta dalla Dipendenza da Alcol (cod: 303.9, DSM-III e ICD-9): Abuso di Alcol (cod: 305.0, DSM-III, ICD-9), con codici di identificazione differenti (7).

L'evoluzione della diagnosi con l'introduzione del DSM-III e delle successive edizioni dell'ICD ha permesso una comprensione più sofisticata dei disturbi legati al consumo di alcol.

Questi aggiornamenti hanno riconosciuto che esistono problemi significativi collegati all'alcol che non comportano necessariamente una dipendenza verso tale sostanza (7).

Il DSM-III, oltre a richiamare l'attenzione sui problemi comportamentali e sociali causati dall'uso di alcol, introduce criteri diagnostici più specifici e strutturati. In particolare, il DSM-III pone un'enfasi significativa sui sintomi fisici di tolleranza e astinenza, che diventano elementi chiave per la diagnosi del disturbo da uso di alcol.

Questo approccio riflette una comprensione più moderna e scientifica dell'alcolismo, trattandolo come una malattia vera e propria piuttosto che come un semplice "problema sociale".

La nuova definizione implica un riconoscimento dell'alcolismo come un disturbo con una base biologica e clinica, sottolineando la necessità di un trattamento medico e psicosociale adeguato (8).

Successivamente, nel DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) (9) e nell'ICD-10 (WHO, 1992) (10, 11, 12), si è assistito a una notevole evoluzione nella comprensione dei disturbi correlati all'uso di alcol. Questi aggiornamenti hanno introdotto nuovi elementi diagnostici e criteri più dettagliati.

Entrambi i sistemi diagnostici hanno iniziato a includere sintomi psicologici come criteri diagnostici fondamentali. In particolare, hanno evidenziato il forte desiderio o la compulsione a usare alcol e l'incapacità di ridurre o smettere di bere nonostante i tentativi ripetuti come sintomi importanti per la diagnosi.

È stato, inoltre, definito, nel DSM-III-R, un criterio temporale più rigoroso, ossia la "persistenza di sintomi inficianti il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo dovuti all'uso di alcool per un periodo di almeno 12 mesi" e il concetto di *desiderio persistente*.

Queste innovazioni garantiscono che la diagnosi di dipendenza da alcol si applichi solo a coloro che mostrano una problematica persistente e continua nel tempo,

differenziandosi dai casi di abuso che possono essere più episodici o transitori.

I criteri temporali, che richiedono la presenza di determinati sintomi per un periodo minimo specifico, aiutano, altresì, a garantire che le diagnosi siano basate su pattern stabili di comportamento piuttosto che su episodi isolati.

L'inclusione di sintomi psicologici, come il *desiderio persistente*, la *perdita di controllo* sul consumo di alcol e il *continuato uso di alcol* nonostante le conseguenze sociali, legali o fisiche, fornisce ulteriori strumenti per una diagnosi accurata.

Questi criteri aiutano a riconoscere i segnali di una dipendenza radicata, che spesso richiede un intervento terapeutico più intensivo e personalizzato (7).

Nel DSM-III, DSM-III-R e nel ICD-10 vengono, inoltre, definite e introdotte nuove sottocategorie diagnostiche come intossicazione da alcol, astinenza da alcol e disturbi mentali indotti dall'alcol (disturbo psicotico indotto dall'alcol e la sindrome amnesica indotta dall'alcol).

L'inclusione di queste nuove sottocategorie ha migliorato ulteriormente la capacità di diagnosticare e trattare una gamma più ampia di condizioni alcol-correlate.

In particolare, l'aver introdotto la specifica diagnostica "intossicazione acuta d'alcol" permette di riconoscere e trattare immediatamente i sintomi acuti di eccessivo consumo di alcol differenziando gli effetti temporanei dell'alcol da quelli più cronici e gravi legati alla dipendenza (7).

Nelle successive revisioni del DSM e dell'ICD, entrambi i sistemi diagnostici continuano a riconoscere e diagnosticare la dipendenza basandosi su criteri clinici che includono sia sintomi fisici che psicologici, come tolleranza, astinenza e la perdita di controllo sull'uso di alcol.

La dipendenza è vista come una condizione cronica che può comportare significative difficoltà nel ridurre o cessare l'uso di alcol nonostante le conseguenze negative.

La differenza più significativa tra i due sistemi, invece, riguarda il termine "Abuso di alcol". Mentre nel DSM-IV si continua a parlare di Disturbo da Abuso di Alcol, l'ICD-10 introduce il termine "Disturbo da uso dannoso di alcol" ("*Harmful Alcohol Use*", cod: F10.1).

Questo cambiamento di terminologia riflette un'importante evoluzione nella comprensione dei disturbi correlati all'uso di alcol.

L'OMS (WHO), con questo nuovo termine, riconosce, infatti, che il consumo di alcol può avere conseguenze gravi anche in assenza di dipendenza fisica e mentale, oltre che causare gravi malattie, come cirrosi epatica, pancreatite e varie forme di cancro, senza che vi sia necessariamente una dipendenza fisica (11).

Il termine “Disturbo da uso dannoso di alcol” (F10.1) è una terminologia più neutra e descrittiva, che si concentra sulle conseguenze dell’uso di alcol basata sugli effetti osservabili del consumo di alcol, piuttosto che su una categorizzazione morale.

Successivamente, il DSM-5, nel 2013, unifica i precedenti concetti di abuso e dipendenza in un’unica diagnosi con un continuum di gravità (lieve, moderato, grave).

In questo senso il disturbo da uso di alcol non viene più considerato in termini rigidi di abuso e dipendenza, ma piuttosto come una condizione che può esistere in varie forme di gravità, da lieve a moderata e grave in uno spettro di continuità.

Questo approccio tiene conto delle diverse modalità con cui il disturbo può manifestarsi e delle influenze che le diverse situazioni sociali e i contesti di vita dell’individuo possono avere sulla sua espressione.

In questo senso possiamo affermare che il DSM-5 si avvicina all’*approccio ecologico-sociale*, riconoscendo come il consumo di alcol sia influenzato da una complessa interazione di fattori individuali, sociali e ambientali, puntando così l’attenzione ad una diagnosi sempre più multidisciplinare ed integrata.

Un altro elemento innovativo del DSM-5 è un’accentuata enfasi sui sintomi da dipendenza psicologica, rappresentando una comprensione più avanzata della dipendenza.

Questa nuova prospettiva non si limita ai sintomi fisici come la tolleranza e l’astinenza, ma riconosce anche l’importanza dei sintomi psicologici.

Uno degli aggiornamenti significativi, infatti, nel DSM-5, è l’inclusione separata di due criteri: il craving e il desiderio persistente di alcol.

Questi riconoscono esplicitamente l’importanza della componente psicologica nei disturbi alcol-correlati in un’ottica di una comprensione più completa del disturbo, che va oltre i sintomi fisici di tolleranza e astinenza. Il *craving* viene definito come un forte desiderio o impulso di consumare alcol, che può manifestarsi anche dopo periodi di astinenza o in situazioni in cui non è appropriato farlo e può portare a comportamenti impulsivi e compulsivi, spingendo una persona a cercare e consumare alcol nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative (13).

Questo criterio, che fino ad ora non è mai stato esplicitato bensì incluso nel desiderio persistente, è un fenomeno psicologico a se stante e molto potente, che può influenzare in modo significativo il comportamento e la motivazione di una persona.

Questi nuovi criteri permettono, quindi, una valutazione più completa e accurata del disturbo e supportano l’implementazione di strategie terapeutiche mirate, migliorando così l’efficacia dei trattamenti e le prospettive di recupero per i pazienti.

La rivisitazione del DSM-5 in DSM-5-TR, pubblicato nel 2023, rimane in linea con questo approccio, risul-

tando complessivamente sovrapponibile alla edizione precedente, rispetto alla sezione del disturbo da uso di sostanze (14).

A differenza del DSM-5 e del DSM-5-TR, l’ultima edizione del Manuale ICD (ICD-11) presenta diverse innovazioni, in linea con un’evoluzione nella comprensione dei disturbi legati all’alcol, basata su nuove ricerche e dati clinici (7).

Uno degli aspetti innovativi e distintivi dell’ICD-11, rispetto al DSM e alla precedente versione dell’ICD-10, è l’attenzione rivolta ai danni collaterali causati dall’uso di alcol, coerentemente con recenti studi che sottolineano l’importanza di considerare tutti i danni, sia diretti che indiretti, che l’uso di alcol può causare, includendo anche incidenti stradali, violenze domestiche e altre forme di danno interpersonale e sociale (15).

Nello specifico, l’ICD-11 introduce tre definizioni distinte per i disturbi legati all’uso di alcol, oltre a inserire una nuova categoria diagnostica, “*Uso Rischioso di Alcol*” (*Hazardous alcohol use*), che si trova all’interno della sezione “*Categorie secondarie nei disturbi dovuti all’uso di sostanze*” (*Secondary-parented categories in disorders due to substance use*) (7).

Nella sezione dei disturbi dovuti all’alcol, l’ICD-11 propone:

- la dipendenza (già presente nel ICD-10);
- il pattern dannoso da uso di alcol (*harmful pattern of use of alcohol*, cod: 6C40.10 E; 6C40.10 C);
- episodio da uso dannoso di alcol (*episode of harmful use of alcohol*, cod: 6C40.0).

Queste ultime due entità diagnostiche non hanno un corrispettivo diretto nelle edizioni Quarta e Quinta del DSM e neppure nel ICD-10, dove si parlava esclusivamente di Disturbo da uso dannoso di alcol (cod: F10.1) (16).

Si ritiene, pertanto, necessario descriverle brevemente:

- *Il pattern dannoso da uso di alcol* è diagnosticato sulla base dell’uso ripetitivo di alcol che ha causato danni alla salute fisica o mentale o ha portato a comportamenti che danneggiano la salute degli altri, ma non ha comportato un controllo costantemente compromesso sul consumo, caratteristiche fisiologiche o persistenza nell’uso di alcol nonostante il danno. Si tratta di una diagnosi di subdipendenza e, piuttosto che essere sindromico come la Dipendenza da Alcol, abbraccia molti diversi modelli di consumo e danni. Il pattern di uso di alcol deve essere evidente per un periodo di almeno 12 mesi, se l’uso della sostanza è episodico, o almeno 1 mese, se l’uso è continuo. Il danno alla salute dell’individuo si verifica a causa di uno o più dei seguenti fattori: (1) comportamenti legati all’intossicazione; (2) effetti tossici diretti o secondari sugli organi e sui sistemi corporei; o (3) una modalità di assunzione dannosa (7, 17, 18).

- *Un episodio da uso dannoso di alcol* viene definito come un episodio di consumo di alcol che ha causato danni *acuti* alla salute fisica o mentale di una persona o ha portato a comportamenti che causano danni alla salute degli altri. Il danno alla salute dell'individuo si verifica a causa di uno o più dei seguenti motivi: (1) comportamento legato all'intossicazione; (2) effetti tossici diretti o secondari su organi e sistemi del corpo; o (3) una modalità di assunzione dannosa. Il danno alla salute degli altri include qualsiasi forma di danno fisico, tra cui trauma, o disturbo mentale direttamente attribuibile al comportamento dovuto all'intossicazione da alcol della persona, a cui si applica la diagnosi di episodio singolo di uso dannoso. Questa diagnosi non deve essere fatta se il danno è attribuibile a un modello noto di consumo di alcol.

La distinzione di queste due categorie è degna di nota in termini di tempo di intervento e modalità di prevenzione.

Infatti, l'inclusione del *singolo episodio di uso dannoso* di sostanze nell'ICD-11 permette un intervento precoce e la prevenzione dell'aumento dell'uso e del peggioramento della condizione e dei danni.

La diagnosi dovrebbe seguire un episodio in cui è stato causato un danno alla salute fisica o mentale di qualcuno, non solo riferito all'utente ma anche agli altri: questo è un importante valore aggiunto dell'ICD-11, dove il danno alla salute degli altri è esplicitamente incluso (19, 16).

La definizione di *pattern da uso dannoso di alcol*, invece, indica un caso in cui gli interventi devono essere intensificati e si riferisce a una situazione in cui è evidente un danno clinicamente significativo alla salute fisica o mentale di una persona, che può essere dovuto non solo agli effetti intossicanti diretti della sostanza, ma anche agli effetti secondari o a modalità di assunzioni dannose (19).

Altra novità dell'ICD11 è l'introduzione dell'“*Uso Rischioso di Alcol*” (*Hazardous alcohol use*), nuova categoria diagnostica inclusa tra i “fattori di rischio per la salute” in una sezione separata dedicata ai “Fattori che influenzano lo stato di salute o gli incontri con i servizi sanitari”.

Tale specifica diagnostica non è presente nel DSM-5, bensì solo relegata al criterio diagnostico del Disturbo da uso di Alcol chiamato “uso ricorrente di alcol in situazioni in cui sarebbe fisicamente rischioso”.

Si tratta di un modello di consumo di alcol che aumenta significativamente il rischio di conseguenze dannose fisiche o mentali per l'utente stesso o per altri, al punto da richiedere l'intervento e i consigli da parte di professionisti della salute.

Le caratteristiche principali dell'*Uso Rischioso di Alcol* sono: aumento del rischio, effetti a breve e lungo termine, mancanza di danni diagnosticabili, persistenza nonostante la consapevolezza del rischio.

Questa definizione non specifica quantità o modelli precisi di consumo di alcol, ma si basa su linee guida dell'OMS e di molti governi nazionali che definiscono cosa costituisce un “uso rischioso” di alcol.

Tale aggiornamento si rivela significativo perché evidenzia il rischio potenziale di danni senza la presenza di danni fisici o mentali già diagnosticabili, differenziandosi dall'Uso Dannoso di Alcol e fornendo un quadro utile per la gestione del rischio nella pratica clinica e nella salute pubblica (7).

Relativamente alla categoria diagnostica di Dipendenza, l'ICD-11 ha voluto semplificare la definizione della precedente edizione, raggruppando i 6 noti criteri diagnostici in soli 3 aspetti:

1. Controllo compromesso sull'uso di alcol: in termini di inizio, livello, circostanze o interruzione dell'uso, spesso ma non necessariamente accompagnato da una sensazione soggettiva di desiderio o bisogno di usare alcol.
2. Priorità crescente dell'uso di alcol nella vita: tale che il suo utilizzo abbia la precedenza su altri interessi o piaceri, attività quotidiane, responsabilità, salute o cura personale. L'uso di alcol assume un ruolo sempre più centrale nella vita della persona e relega altre aree della vita ai margini, e spesso continua nonostante la comparsa di problemi.
3. Caratteristiche fisiologiche (indicative di neuroadattamento all'alcol): manifestate da (i) tolleranza, (ii) sintomi di astinenza dopo la cessazione o la riduzione dell'uso di alcol, o (iii) uso ripetuto di alcol (o una sostanza farmacologicamente simile) per prevenire o alleviare i sintomi di astinenza. I sintomi di astinenza devono essere caratteristici della sindrome di astinenza da alcol e non devono semplicemente riflettere un effetto da postumi di sbornia.

Rispetto al DSM-5-TR, l'ICD-11 non menziona esplicitamente il craving come criterio diagnostico, ma include solo la difficoltà a controllare l'uso, e l'uso prioritario rispetto ad altre attività.

Inoltre, non specifica formalmente la gravità del disturbo come fa il DSM-5-TR, ma questa può essere desunta dalla descrizione clinica. L'ICD-11 definisce il disturbo in termini di danni alla salute fisica o mentale e problemi funzionali e comportamentali, favorendo un trattamento più integrato e olistico, che tenga conto non solo dei sintomi comportamentali ma anche delle conseguenze mediche del disturbo.

Un aspetto da considerare è il rischio di identificare due sottotipi di pazienti diversi a seconda del manuale diagnostico utilizzato, poiché i due sistemi propongono categorie diagnostiche differenti.

Infatti, mentre il DSM-5 e il DSM-5-TR presentano il solo Disturbo da uso di alcol, l'ICD-11 offre diverse categorie attraverso cui classificare il paziente, come la dipendenza, il pattern dannoso da uso di alcol e l'episodio di uso dannoso di alcol.



Inoltre, dovendo soddisfare almeno 2 criteri su 11, il DSM-5-TR ha maggiori probabilità di identificare un numero di casi superiore rispetto all'ICD-11, che richiede 2 criteri su 3, per garantire una diagnosi di dipendenza.

Questo può portare a dei vantaggi, consentendo al DSM-5-TR di includere i cosiddetti “orfani diagnostici”, ovvero individui che soddisfano uno o due criteri di dipendenza, ma che non avrebbero ricevuto una diagnosi con i criteri precedenti.

Tuttavia, l'abbassamento della soglia diagnostica può comportare potenziali bias culturali e sociali, che potrebbero influenzare la pianificazione e l'allocatione delle risorse per il trattamento (16, 20).

## Conclusioni

In conclusione, sebbene l'ICD-11 e il DSM-5-TR offrano prospettive diverse sui disturbi legati all'alcol, entrambi presentano vantaggi specifici.

L'ICD-11 promuove un approccio più olistico e integrato, mentre il DSM-5-TR garantisce una maggiore inclusività diagnostica.

Date queste differenze, l'uso mutualmente esclusivo di uno dei due sistemi potrebbe determinare dei bias diagnostici, determinando la categorizzazione del medesimo gruppo di pazienti in differenti classi diagnostiche che non sono sovrapponibili, con conseguenti scollature nelle scelte terapeutiche.

Da questa analisi, emerge che l'utilizzo integrato dei due sistemi garantirebbe una maggior accuratezza diagnostica, fornirebbe un inquadramento globale, che analizzi il paziente nella sua complessità, consentendo una maggiore precisione nel monitoraggio e nel trattamento.

## Riferimenti bibliografici

- (1) Sampogna G., Del Vecchio V., Giallonardo V., Perris F., Saviano P., Zinno F., Fiorillo A. (2020). The revision process of diagnostic systems in psychiatry: differences between ICD-11 and DSM-5. *Riv Psichiatr*, 55(6): 323-330.
- (2) Goldberg S. (2019). Are official psychiatric classification systems for mental disorders suitable for use in primary care? *Br J Gen Pract*, 680(108-109): 69.
- (3) Jellinek E. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, CT: Hillhouse Press.
- (4) American Psychiatric Association (1968). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (5) American Psychiatric Association (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (6) World Health Organization (1975). *The International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*, Ninth Revision. Geneva: World Health Organization.
- (7) Saunders J., Degenhardt L., Reed G., Poznyak V. (2019). Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcohol Clin Exp Res*, 43(8): 1617-1631.
- (8) Grant B. (1992). DSM-IV, DSM-III-R, and ICD-10 alcohol and drug abuse/harmful use and dependence, United States, 1992: A Nosological Comparison. *Alcohol Clin Exp Res*, 20: 1481-1488.
- (9) American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn, Revised (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (10) World Health Organization (1992a). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems: Tenth Revision*. Geneva: World Health Organization.
- (11) World Health Organization (1992b). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- (12) World Health Organization (1994). *Lexicon of Alcohol and Other Drug Terms*. Geneva: World Health Organization.
- (13) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (14) American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn, Revised Text (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (15) Karriker-Jaffe K., Room R., Giesbrecht N., Greenfield T. (2018). Alcohol's Harm to Others: Opportunities and Challenges in a Public Health Framework. *J Stud Alcohol Drugs*, 79(2): 239-243.
- (16) Reed G., First M. *et al.* (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1): 3-19.
- (17) World Health Organization (2016). *International Classification of Diseases 11th revision (ICD-11)*. Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Accessed on multiple occasions between June 2018 and January 2019.
- (18) World Health Organization (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Geneva: World Health Organization.
- (19) Poznyak V., Reed G., Medina-Mora M. (2018). Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 27(3): 212-218.
- (20) Degenhardt L., Bharat C. (2019). Concordance between the diagnostic guidelines for alcohol and cannabis use disorders in the draft ICD-11 and other other classification systems: Analysis of data from the WHO's World Mental Health Surveys. *Addiction*, 114(3): 534-552.