

# Disturbi di personalità

### Guida rapida ai disturbi di personalità

Il DSM-5 mantiene i 10 specifici disturbi di personalità (DP) annoverati già nel DSM-IV. Di questi, circa 6 sono stati studiati in modo approfondito con ulteriori dati di supporto derivanti da studi di popolazione. I restanti (DP paranoide, schizoide, istrionico e dipendente), nonostante forse una base scientifica più debole, mantengono comunque una posizione nel firmamento diagnostico per via del loro utilizzo clinico e, onestamente, per tradizione.

In riferimento alla tradizione, dal DSM-III nel 1980, i disturbi di personalità sono stati suddivisi in tre *gruppi*: gruppo A, gruppo B e gruppo C. Fortemente criticati per la mancanza di validità scientifica, i gruppi sono forse più utili come strumento per aiutarci a ricordare l'elenco completo dei disturbi di personalità.

### Disturbi di personalità del gruppo A

Le persone con disturbi di personalità del gruppo A possono essere descritte come chiuse, fredde, sospettose o irrazionali. (Qui, come nel resto della guida rapida, come al solito, il numero di pagina che accompagna ciascun item rimanda all'inizio della discussione più approfondita sull'argomento.)

**Paranoide.** Queste persone sono sospettose e si offendono facilmente. Spesso hanno pochi confidenti e possono intravedere significati nascosti in risposte del tutto innocenti (pag. 530).

**Schizoide.** Questi pazienti si preoccupano minimamente delle relazioni sociali, hanno un ristretto intervallo emotivo e sembrano indifferenti alla critica o all'elogio. Tendono a essere solitari, evitano relazioni strette (comprese quelle sessuali) (pag. 532).

**Schizotipico.** Le relazioni interpersonali sono particolarmente difficili per queste persone, le quali sembrano singolari o strane agli occhi degli altri. Queste persone non possiedono amici stretti e si trovano a disagio in situazioni sociali. Possono essere sospettosi, presentare insolite percezioni o pensieri, fare discorsi eccentrici e dimostrare stati d'animo non adeguati (pag. 536).

## Disturbi di personalità del gruppo B

Le persone con disturbi di personalità del gruppo B possono essere piuttosto teatrali, emotive e possono ricercare attenzione; il loro umore è labile e imprevedibile. Hanno spesso intensi conflitti interpersonali.

**Antisociale.** Il comportamento irresponsabile, spesso criminale, di queste persone ha inizio nell'infanzia o nella prima adolescenza con assenze ingiustificate a scuola, fughe, crudeltà, combattimenti, tendenza a distruggere le cose, menzogne e furti. In aggiunta al comportamento criminale, da adulti potrebbero contrarre debiti o attuare altri comportamenti irresponsabili, agire in modo sconsiderato o impulsivo e non dimostrare alcun tipo di rimorso per i propri comportamenti (pag. 539).

**Borderline.** Queste persone impulsive mettono in pratica comportamenti autolesivi (avventure sessuali, spese avventate, eccessivo utilizzo di sostanze o di cibo). Sono affettivamente instabili, spesso dimostrano rabbia intensa e inappropriata. Si sentono vuoti o annoiati e cercano freneticamente di evitare l'abbandono. Sono incerti su chi siano realmente e sono incapaci di mantenere delle stabili relazioni interpersonali (pag. 542).

**Istrionico.** Eccessivamente emotivi, labili e disperatamente in cerca di attenzioni, queste persone necessitano di costanti rassicurazioni sul loro fascino. Possono essere egocentrici e sessualmente seduttivi (pag. 546).

**Narcisistico.** Queste persone hanno un senso di grandiosità e sono spesso preoccupate dall'invidia, fantasie di successo, rimuginazioni sull'unicità dei propri problemi. Il loro senso del diritto e la mancanza di compassione può portarli ad approfittarsi degli altri. Rifiutano vigorosamente le critiche e necessitano di costante attenzione e ammirazione (pag. 548).

## Disturbi di personalità del gruppo C

Le persone con disturbi di personalità del gruppo C tendono a essere ansiose e tese, spesso in modo non controllato.

**Evitante.** Queste persone sono timide e spesso si sentono ferite dalle critiche tanto da evitare a entrare in contatto con gli altri. Possono temere l'imbarazzo del mostrare le proprie emozioni o di dire cose che possono essere sciocche. Possono non avere amici stretti e considerare esagerati i rischi a impegnarsi in nuove attività (pag. 551).

**Dipendente.** Queste persone hanno un estremo bisogno di approvazione da parte degli altri tanto da avere problemi a prendere decisioni in autonomia o a iniziare progetti; possono anche essere d'accordo con altre persone che ritengono che loro stiano sbagliando. Temono l'abbandono, si sentono senza speranza quando sono soli e si sentono distrutti quando una relazione termina. Vengono facilmente urtati dalle critiche e possono addirittura offrirsi per compiere mansioni spiacevoli solo per guadagnare il favore degli altri (pag. 553).

**Ossessivo-compulsivo.** Perfezionismo e rigidità caratterizzano queste persone. Sono spesso stacanovisti, tendono a essere indecisi, eccessivamente scrupolosi e preoccupati dai dettagli. Insistono affinché gli altri facciano le cose secondo il loro modo. Hanno difficoltà nell'esprimere affetto, tendono a mancare di generosità e possono avere reticenza nel liberarsi di oggetti privi di valore di cui non hanno più bisogno (pag. 556).

## Altre cause di disturbi del carattere persistenti

**Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica.** Una condizione medica può intaccare la personalità del paziente in senso peggiorativo. Questa condizione non è considerata come un DP dal momento che risulta meno pervasiva e non è presente dalla tenera età (pag. 558).

**Altri disturbi psichiatrici.** Quando persistono per lungo tempo (di solito anni), diversi disturbi psichiatrici possono modificare il modo in cui le persone si comportano e si relazionano con gli altri. Questo può portare a una parvenza di disturbo di personalità. In particolare, buoni esempi comprendono la distimia, la schizofrenia, il disturbo d'ansia sociale e i disturbi cognitivi. Alcuni studi hanno evidenziato che i pazienti con disturbo dell'umore sono più propensi a manifestare tratti di personalità o disturbi di personalità quando si trovano in una condizione di depressione clinica; questo può risultare particolarmente vero per i tratti del gruppo A e del gruppo C. La personalità patologica riscontrata nei pazienti depressi dovrebbe essere rivalutata una volta che è stata ottenuta la risoluzione del quadro depressivo.

**Disturbo di personalità con altra specificazione o senza specificazione.** Utilizzare una di queste categorie per disturbi di personalità che non raggiungono i criteri utili per uno dei disturbi sopra riportati o per i DP che non raggiungono un status ufficiale (pag. 561).

## Introduzione

Tutti gli esseri umani (e diverse altre specie) hanno tratti di personalità. Questi costituiscono delle modalità ben integrate secondo cui gli individui vivono, interagiscono e pensano di tutto ciò che accade intorno a loro. I DP sono un insieme di tratti che sono diventati rigidi e contribuiscono a creare svantaggio per l'individuo fino al punto di ostacolarne il funzionamento e creare sofferenza. Questi modelli di comportamento e di pensiero sono stati presenti sin dalla prima età adulta e sono stati riconoscibili nel paziente per un lungo periodo di tempo.

La personalità e, di conseguenza, i disturbi di personalità devono probabilmente essere considerati in modo dimensionale più che categorico: questo significa che le loro componenti (tratti) sono presenti nelle persone normali, ma risultano accentuati in coloro che presentano il disturbo in questione. Per diversi motivi, il DSM-5 ha mantenuto la tradizionale struttura categoriale che è stata utilizzata per più di 30 anni. Vi sono possibilità che ciò possa cambiare nei prossimi anni: infatti, il DSM-5 dedica una vasta porzione della sua Sezione III (materiale non ufficialmente approvato per l'uso) all'esplorazione di strutture diagnostiche alternative. A ogni modo, gli esperti devono in primo luogo accordarsi su quali dimensioni utilizzare, quindi su quale sia la migliore misura e categorizzazione di queste e come poi interpretarne i risultati. Nel frattempo, continueremo ad andare avanti sostanzialmente come prima.

Come stabilito dal DSM-5, tutti i DP hanno in comune le seguenti caratteristiche.

## Caratteristiche essenziali del **disturbo di personalità in genere**

Vi è un persistente modello di comportamento e di esperienze interiori (pensieri, sentimenti, sensazioni) che è chiaramente differente a seconda degli aspetti culturali del paziente. Tale modello include problemi con l'affettività (varietà, intensità, labilità, adeguatezza); cognitivtà (come il paziente percepisce e interpreta se stesso e l'ambiente circostante); controllo degli impulsi; relazioni interpersonali. Questo modello risulta costante e si applica all'intera vita sociale e personale del soggetto.

### **Nota bene**

**Non dimenticare le D:** • Durata (di lunga durata, con esordio nell'adolescenza o nell'infanzia) • Diffuso contesto • Disagio e disabilità (in ambito lavorativo/scolastico, sociale e personale) • Diagnosi differenziale (uso di sostanze, malattie fisiche, altri disturbi psichiatrici, altri DP, modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica).

Le informazioni che riconducono al DP forniscono al medico una migliore comprensione dei comportamenti del paziente; questo può inoltre contribuire alla nostra comprensione di come gestire molti pazienti.

Come è possibile leggere da queste descrizioni e dai relativi casi clinici, è importante tenere a mente i doppi elementi caratteristici dei DP: precoce esordio (di solito nella tarda adolescenza) e la natura pervasiva, dal momento che questo disturbo intacca i diversi aspetti della vita lavorativa, personale e sociale.

## **Diagnosi dei disturbi di personalità**

La diagnosi dei disturbi di personalità presenta una varietà di problemi. Da una parte, sono spesso trascurati; dall'altra, tuttavia, sono spesso iperdiagnosticati (il disturbo borderline di personalità, a mio avviso, ne rappresenta un chiaro esempio). Uno (il disturbo antisociale di personalità) ha una prognosi infausta; molti, se non tutti, sono difficili da trattare. La loro relativamente debole validità suggerisce che nessun DP dovrebbe costituire l'unica diagnosi quando un altro disturbo psichiatrico può spiegare i segni e i sintomi che caratterizzano il quadro clinico. Per tutte queste ragioni, è buona norma tenere a mente uno schema relativo a come porre diagnosi di un DP.

1. Verificare la durata dei sintomi. Accertarsi del fatto che i sintomi del paziente si sono presentati almeno a partire dalla prima età adulta (prima dei 15 anni per il disturbo antisociale di personalità). Intervistare persone che possono essere informative (famiglia, amici, colleghi di lavoro) può aiutare ad avere ulteriore materiale attendibile.

2. Verificare che i sintomi intacchino diverse aree della vita del paziente. In modo specifico, sono interessate le aree del lavoro (o scuola), la vita familiare, la vita privata e la vita sociale. Questo punto può presentare reali problemi in quanto i pazienti stessi spesso non riconoscono i propri comportamenti come fonte di problemi (“È il mondo a essere in disaccordo”).
3. Controllare che il paziente corrisponda completamente alla particolare diagnosi in questione. Questo significa verificare tutte le caratteristiche e valutare tutti i 10 gruppi di criteri diagnostici. A volte è necessario richiedere una consulenza. Bisogna essere il più possibile oggettivi. Come avviene per gli altri disturbi psichiatrici, con una spinta sufficiente è possibile fare rientrare forzatamente un paziente in diverse diagnosi.
4. Se il paziente ha meno di 18 anni, bisogna accertarsi che i sintomi siano stati presenti per almeno i 12 mesi precedenti (ed essere veramente certi che i suddetti sintomi non siano dovuti, invece, a un altro disturbo psichiatrico o fisico). Io personalmente preferisco non formulare tale diagnosi a una così giovane età.
5. Escludere altre patologie psichiatriche che potrebbero essere più acute e con maggiore potenzialità di nuocere. Il rovescio della medaglia è rappresentato dal fatto che gli altri disturbi psichiatrici sono spesso più responsivi al trattamento dei DP.
6. Questo è un buon momento per rivedere le caratteristiche generali di qualunque altro requisito che non è stato indagato. Notate che ciascun paziente deve presentare due o più problemi persistenti di comportamento, pensiero o emozioni afferenti a quattro aree: cognitività, affettività, funzionamento interpersonale e controllo degli impulsi. (Questo aiuta ad accertare che i problemi del paziente intaccano realmente più di un'area di vita.)
7. Ricercare altri DP. Valutare l'intera storia clinica per sapere se è presente un altro DP. Molti pazienti sembrano avere più di un DP; in tali situazioni, è necessario formulare tutte le diagnosi. Forse più spesso troverete troppo pochi sintomi per formulare la diagnosi. Quindi potete aggiungere alle nostre note qualcosa di effetto: tratti di personalità schizoide e paranoide.
8. Registrare tutte le diagnosi psichiatriche di personalità e di non personalità. Alcuni esempi di come ciò viene fatto sono riportati nei casi clinici descritti in seguito.

Per quanto si possa apprendere i rudimenti relativi a ciascun DP dal materiale riportato in questo capitolo, è importante considerare che le brevi descrizioni qui riportate permettono soltanto di intercettare la complessa psicopatologia che li accompagna. Se volete approfondire le conoscenze su tali disturbi vi consiglio caldamente di consultare i testi classici.

## **Disturbi di personalità del gruppo A**

I DP inclusi nel gruppo A condividono comportamenti descritti come di chiusura, freddezza, sospettosità o irrazionalità.

## F60.0 [301.0] Disturbo paranoide di personalità

Ciò che più si nota dei pazienti con disturbo paranoide di personalità è quanto poco abbiano fiducia – e quanto siano sospettosi – degli altri. La sospettosità che loro nutrono non è giustificata, ma, dal momento che temono di essere sfruttati, non si fidano di coloro i cui comportamenti hanno conquistato la loro fiducia. Al contrario, vedono doppi sensi in commenti e azioni del tutto benigne e interpretano situazioni impreviste come il risultato di intenzioni volontarie. Tendono a nutrire risentimento per lungo tempo, talvolta per sempre.

Queste persone tendono a essere rigide e litigiose e hanno un particolarmente incalzante bisogno di essere autonomi. Alle altre persone possono sembrare freddi, calcolatori e cauti nei confronti di persone che evitano la responsabilità e l'intimità. Possono sembrare tesi e avere problemi nel rilassarsi durante un colloquio. Questo disturbo può, con buona probabilità, creare difficoltà lavorative: i pazienti con disturbo paranoide di personalità sono particolarmente consapevoli dei ranghi e del potere tanto che spesso hanno problemi a interagire con superiori e colleghi di lavoro.

Per quanto sia un disturbo apparentemente lontano dall'essere raro (riguarda circa l'1% della popolazione generale), il disturbo paranoide di personalità raramente giunge all'attenzione clinica. Quando ciò avviene, di solito viene diagnosticato negli uomini. La relazione (ammesso vi sia) con lo sviluppo della schizofrenia risulta incerta, ma qualora venisse riscontrata come precedente all'esordio di schizofrenia è necessario aggiungere la specificatore (*premorbo*).

### Caratteristiche essenziali del disturbo paranoide di personalità

In molte situazioni questi pazienti dimostrano di non fidarsi della lealtà o dell'affidabilità degli altri. Dal momento che sospettano che le altre persone vogliano ingannarle, ferirle o sfruttarle, esitano nel condividere informazioni personali. Ingiustificati sospetti rispetto alla fedeltà del coniuge o del partner o anche (dis)percezioni di contenuti nascosti negli eventi quotidiani o nei discorsi possono portare a provare rancore verso qualcuno o a improvvise risposte di rabbia o attacchi fisici.

#### Nota bene

**Non dimenticare le D:** • Durata (inizio nell'adolescenza o intorno ai 20 anni e persiste) • Diffuso contesto • Diagnosi differenziale (disturbi fisici e da uso di sostanze; disturbi dell'umore, d'ansia e psicotici; disturbo da stress post-traumatico; disturbo schizotipico di personalità e schizoide).

#### Note di codifica

Se il disturbo paranoide di personalità precede l'esordio della schizofrenia, aggiungere lo specificatore (*premorbo*).

### Dottor Schatzky

Un professore di dermatologia di un ospedale universitario, il dottor Schatzky, non si era mai rivolto a uno psichiatra. Tuttavia, egli era ben noto allo staff dell'ospedale e altrettanto era conosciuto tra i suoi colleghi. Uno di loro, il dottor Cohen, ha fornito la maggior parte delle informazioni per questo caso clinico.

Il dottor Schatzky era stato all'estero per diversi anni. Era riconosciuto come un valido ricercatore e un eccellente clinico. Grande lavoratore, aveva svolto attività di supervisore per due colleghi che stavano lavorando a due grant e svolto molto di più di ciò che era il suo dovere di insegnante.

Uno dei giovani praticanti che stava lavorando nel suo laboratorio era un giovane medico chiamato Masters. Era un giovane brillante e capace, la cui carriera accademica nel campo della dermatologia sembrava destinata a prendere il volo. Quando il dottor Masters ricevette una proposta da Boston per diventare assistente professore e avere un laboratorio proprio, disse al dottor Schatzky che era dispiaciuto, ma che se ne sarebbe andato entro la fine di settembre. Inoltre, il dottor Masters voleva utilizzare alcuni loro dati.

Il dottor Schatzky era molto più che infastidito. Rispose al dottor Masters dicendo che "Ciò che avviene nel laboratorio, resta nel laboratorio". Non era intenzionato a permettergli ulteriormente di "fregarlo" e disse al dottor Masters che, qualora avesse pubblicato degli articoli basati sui dati da loro trovati, sarebbe stato respinto. Inoltre, il dottor Schatzky gli disse di restare lontano dagli studenti fino a quando non se ne fosse andato. Questo aveva indignato gli altri dermatologi dal momento che il dottor Masters era uno dei più conosciuti giovani insegnanti nel dipartimento e il fatto che non potesse avere alcun contatto con gli studenti sembrava ai loro occhi un'azione punitiva e una sorta di attacco alla libertà accademica.

Gli altri dermatologi discussero la situazione in una riunione di dipartimento quando il dottor Schatzky non era in città. Uno dei professori più anziani tentò di persuaderlo a lasciare insegnare il dottor Masters. Il dottor Schatzky rifiutò dicendogli: "Che cosa ti ho fatto?". Egli sembrava pensare che l'altro professore ce l'avesse con lui.

Il suddetto professore confidò al dottor Cohen di non essere particolarmente sorpreso. Egli conosceva il dottor Schatzky fin dai tempi delle superiori ed era sempre stata una persona sospettosa. "Egli non si fidava di nessuno senza un giuramento di fedeltà firmato" così lo descriveva l'altro professore. Il dottor Schatzky sembrava pensare che, se avesse detto qualcosa di bello, qualcosa gli si sarebbe ritorto contro. L'unica persona di cui sembrava fidarsi completamente era sua moglie, una piccola creatura che probabilmente non era mai stata in disaccordo con lui in tutta la sua vita.

Durante la riunione qualcuno suggerì che fosse il direttore di dipartimento a parlare con lui e a provare a "ralleggerlo un pochino", ma il dottor Schatzky aveva un limitato senso dell'umorismo e "la più lunga memoria per il rancore nei confronti di qualsiasi persona sulla faccia del pianeta".

Nella memoria di tutti i membri dello staff, il dottor Schatzky non aveva mai avuto oscillazioni dell'umore, né psicosi e alle cene di dipartimento non beveva. "Non ha mai perso il contatto con la realtà, è solo cattivo" disse il dottor Cohen.

### **Valutazione del Dottor Schatzky**

Io inizierei con una precisazione: dalle informazioni disponibili da questo caso clinico, il dottor Schatzky sembrerebbe non essere mai stato valutato da uno psichiatra. Qualunque conclusione deve quindi considerarsi un'ipotesi. I medici non possono avere il diritto di formulare diagnosi definitive di pazienti (o di semplici persone) di cui non hanno raccolto informazioni adeguate.

Detto ciò, sembra che i sintomi presentati dal dottor Schatzky si siano mantenuti piuttosto costanti e presenti nel corso dell'intera sua vita adulta (almeno a partire dalle superiori). I suoi problemi hanno coinvolto sia il suo pensiero sia il suo funzionamento interpersonale, cosa che ha prodotto ripercussioni sia in ambito lavorativo sia di vita personale.

Quali sintomi del disturbo paranoide di personalità presenta il dottor Schatzky? Sospetta senza motivo che il giovane dottor Masters stia progettando di “rubargli” i dati (criterio A). I suoi colleghi hanno notato le persistenti preoccupazioni relative alla fedeltà dei collaboratori (A2). Egli tende a non fidarsi degli altri (A3) e si rifiuta di lasciare insegnare il dottor Masters, cosa che suona in qualche modo come mantenere rancore (A5). (A ogni modo, almeno in apparenza, non sembra che abbia mai messo in discussione la lealtà della propria moglie, cosa che rappresenta un altro tipico sintomo del disturbo paranoide di personalità.) Di conseguenza, riusciamo a identificare un totale di quattro sintomi, cosa che è necessaria per la diagnosi di disturbo paranoide di personalità.

Una diagnosi che non ricada nei DP potrebbe spiegare il comportamento descritto del dottor Schatzky? Sebbene le informazioni siano incomplete, l'uso di sostanze o alcol sembrerebbe improbabile. (Sembra per altro improbabile che una persona di mezza età possa aver assunto farmaci così a lungo da produrre un disturbo del carattere che è durato per tutta la sua età adulta.) Il caso clinico descritto non fornisce evidenze di **altra condizione medica**. Sulla base delle informazioni disponibili, il dottor Schatzky sembrerebbe non aver mai avuto una franca psicosi, come un disturbo delirante o schizofrenia, e neppure un disturbo dell'umore (B).

Per quanto concerne gli altri DP? I pazienti con **disturbo schizoide di personalità** sono freddi e distaccati, di conseguenza possono apparire diffidenti, anche se non presentano la marcata sospettosità che caratterizza i pazienti con disturbo paranoide di personalità. I pazienti con **disturbo schizotipico di personalità** possono presentare ideazione paranoide, ma appaiono anche particolari o bizzarri (non è il caso preso in esame). Inoltre, il dottor Schatzky non sembrava preferire la solitudine. Coloro che presentano un **disturbo antisociale di personalità** sono spesso freddi e insensibili, possono essere sospettosi e avere problemi nell'intracciare relazioni interpersonali. A ogni modo, raramente queste persone hanno la perseveranza di portare a termine il ciclo di studi e, in aggiunta, il dottor Schatzky non aveva alcun precedente di comportamento criminale o di comportamento incauto a discapito della sicurezza degli altri.

Con un punteggio alla VGF di 70, l'ipotesi diagnostica per il dottor Schatzky potrebbe essere la seguente:

F60.0 [301.0]                      Disturbo paranoide di personalità

### **F60.1 [301.20] Disturbo schizoide di personalità**

Le persone che presentano un disturbo schizoide di personalità risultano indifferenti alla comunità delle altre persone, talvolta del tutto. Di solito, sono dei solitari che dimostrano un limitato spettro di emozioni: sembrano introversi, freddi e solitari.

I pazienti con disturbo schizoide di personalità possono riuscire in lavori solitari che altre persone trovano difficili da tollerare. Possono fantasticare in modo eccessivo, sviluppare grande attaccamento verso gli animali, spesso non si sposano o nemmeno sono portati



a intrecciare lunghe relazioni sentimentali. Essi conservano il contatto con la realtà, in caso contrario sviluppano schizofrenia. A ogni modo, i loro parenti non presentano un aumentato rischio di sviluppare il disturbo.

Sebbene non sia frequentemente diagnosticato, il disturbo schizoide di personalità è relativamente comune, interessando probabilmente una piccola percentuale della popolazione generale. Gli uomini presentano un rischio maggiore rispetto alle donne. Il paziente descritto in seguito era il fratello più giovane di Lionel Childs, la cui storia fu presentata in relazione alla schizofrenia (pag. 67).

### Caratteristiche essenziali del **disturbo schizoide di personalità**

In molte situazioni, questi pazienti rimangono isolati e presentano un ristretto spettro di emozioni. Preferiscono la solitudine nelle proprie attività, non amano sviluppare relazioni strette, incluse quelle con la famiglia. Non hanno amici stretti, con l'eventuale eccezione dei parenti. Infatti, si entusiasmano per poche attività, mostrando poco interesse rispetto al sesso. Emotivamente freddi o distaccati, sembrano indifferenti sia alle critiche sia agli elogi.

#### **Nota bene**

**Non dimenticare le D:** • Durata (inizio nell'adolescenza o intorno ai 20 anni e persiste) • Diffuso contesto • Diagnosi differenziale (disturbi fisici e da uso di sostanze; disturbi dell'umore e psicotici; disturbo dello spettro dell'autismo; disturbo schizotipico di personalità e paranoide).

#### **Note di codifica**

Se il disturbo schizoide di personalità precede l'esordio della schizofrenia, aggiungere lo specificatore (**premorbo**).

### **Lester Childs**

“Lo abbiamo portato qui per via di quello che era successo a Lionel. Loro si assomigliano così tanto e noi siamo preoccupati”. La madre di Lester si era seduta meticolosamente sulla sedia dello studio. “Abbiamo deciso dopo l'arresto di Lionel”.

All'età di 20 anni, per molti aspetti Lester Childs era la copia di suo fratello maggiore. Nato prematuro di diverse settimane, aveva trascorso le sue prime settimane di vita in un'incubatrice. Tuttavia, aveva rapidamente guadagnato peso e in breve era rientrato nei parametri di normalità per la sua età.

Egli aveva imparato a camminare, parlare e a usare il vasino all'età corretta. Probabilmente, dal momento che entrambi lavoravano duramente nella fattoria o forse perché non vi erano altri bambini con cui Lester e il fratello avessero potuto giocare, i genitori non avevano notato nulla di strano fino al momento in cui Lester iniziò le scuole elementari. In poche settimane, la maestra chiamò i genitori per fissare un colloquio.

La maestra disse loro che Lester sembrava piuttosto brillante; i suoi compiti scolastici non erano in discussione. Tuttavia, la sua capacità di socializzare rasentava lo zero. Durante l'intervallo, quando gli altri bambini giocavano a palla prigioniera o ruba-bandiera, lui restava in classe a colorare. Raramente partecipava alle discussioni di classe e si sedeva sempre diversi centimetri dietro agli altri quando si mettevano in cerchio a leggere. Quando giungeva il suo turno per presentarsi e parlare, rimaneva in silenzio di fronte alla classe per alcuni istanti, quindi prendeva una corda di aquilone dalla tasca e la gettava in terra, poi si sedeva sul pavimento.

Una buona parte dei suoi comportamenti era simile a quelli di Lyonel, quindi i genitori erano particolarmente preoccupati. Pertanto, lo condussero in visita dal loro medico di famiglia che concordò sul fatto che fosse probabilmente normale per la loro famiglia e che egli “ne sarebbe venuto fuori crescendo”. Tuttavia Lester crebbe soltanto. Egli non partecipò mai alle attività della famiglia. A Natale quando voleva aprire un regalo, lo portava dietro a un angolo e iniziava a giocare da solo. Neppure Lyonel fece mai una cosa simile.

Quando Lester entrò nella stanza, era chiaro che avesse considerato l'appuntamento niente più di qualcosa di occasionale. Indossava jeans bucati sul ginocchio, scarpe da ginnastica strappate e una T-shirt che un tempo aveva avuto delle maniche. Durante la maggior parte del colloquio aveva continuato a sfogliare una rivista di astronomia e matematica. Dopo avere aspettato più di un minuto prima che Lester dicesse qualcosa, il medico iniziò a domandare: “Come stai oggi?”.

“Mi sento ok” disse Lester continuando a leggere.

“Tua mamma e tuo papà ti hanno chiesto di venire qui a incontrarmi oggi. Mi sai dire perché?”.

“No, a dire il vero”.

“Hai qualche idea in proposito?”.

[Silenzio]

La maggior parte del colloquio si svolse secondo questa modalità. Lester forniva volentieri delle risposte quando gli veniva posta una domanda diretta, ma sembrava del tutto disinteressato nel dire volontariamente qualunque cosa. Stava seduto tranquillamente, perso nella sua rivista; non sembrava avere nessun'altra anomalia o comportamento eccentrico. Il suo eloquio (quello che poteva essere) risultava logico e sequenziale. Egli era orientato e al Mini-Mental State Examination aveva ottenuto un punteggio di 30. Il suo tono dell'umore era “ok” – né troppo contento né troppo triste. Non aveva mai fatto uso di alcol o sostanze di alcun tipo. Egli con calma, ma in modo empatico, negò di aver mai udito voci, avere avuto allucinazioni o convinzioni di essere osservato, seguito, che parlassero di lui o che potessero in altro modo interferire. “Io non sono come mio fratello” disse nel suo più lungo discorso spontaneo in quell'incontro.

Quando gli fu chiesto a chi fosse simile, Lester rispose Greta Garbo (che era famosa per desiderare di essere lasciata sola). Egli sosteneva di non avere bisogno di amici e avrebbe potuto anche fare a meno della propria famiglia. Allo stesso modo, non aveva bisogno di fare sesso. Egli aveva dato uno sguardo alle riviste pornografiche e ai libri di anatomia. Uomini e donne erano allo stesso modo noiosi. La sua idea per trascorrere bene la vita era quella di vivere da solo su di un'isola, come Robinson Crusoe. “Ma senza Venerdì”.

Ficcandosi la rivista sotto il braccio, Lester uscì dallo studio senza più ritornarvi.

### Valutazione di Lester Childs

Qualunque diagnosi di DP richiede che le difficoltà presenti siano sia pervasive sia di lunga durata. Per quanto avesse solo 20 anni, i problemi di Lester erano di sicuro di lunga durata: erano riconoscibili dall'età di 6 anni. E, per quanto possiamo dire, il suo rifiuto al contatto interpersonale si estendeva a diverse sfaccettature della sua vita: famiglia, società e scuola.

Lester rifiutava le relazioni strette, anche con la propria famiglia (criterio A1); preferiva attività solitarie (A2); respingeva l'idea di avere una relazione sessuale con chiunque (per quanto questo punto sarebbe potuto mutare plausibilmente con la maturità e le opportunità, A3); egli non aveva mai avuto amici stretti (A5); i suoi affetti sembravano piuttosto smorzati e distaccati (sebbene questo potrebbe essere stato un artefatto prodotto dal primo colloquio con un intervistato riluttante, A7). In ogni caso, Lester raggiungeva almeno quattro, forse cinque, criteri diagnostici (quattro sono necessari) per il disturbo schizoide di personalità. Tali sintomi dovrebbero soddisfare tre aree (cognitività, affettività e funzionamento interpersonale) citate nei criteri generali per i DP. Il suo interesse per la matematica e l'astronomia non sono da considerarsi insolite in persone con questo disturbo, che amano tipicamente cimentarsi in attività che gli altri possono trovare troppo solitarie per divertirsi.

Potrebbe esserci qualche altro disturbo in grado di spiegare il quadro clinico di Lester? I pazienti con **disturbi depressivi** presentano spesso ritiro sociale e isolamento, ma queste condizioni raramente persistono per tutta la vita. A parte ciò, Lester negava nello specifico di sentirsi depresso o solo; qualunque dubbio su questo punto dovrebbe essere fugato domandando la presenza di sintomi vegetativi della depressione (cambiamenti nell'appetito o nel sonno). Il paziente, inoltre, negava la presenza di altri sintomi (deliri e allucinazioni) che potevano suggerire la presenza di **schizofrenia** e questo sarebbe confermato da informazioni fornite dalla madre. Non vi era nessuna presenza di stereotipie o di segni di deficit nella comunicazione, come potremmo aspettarci nel caso di **disturbi dello spettro dell'autismo**, o di disturbi della coscienza di memoria come richiesto nel caso di **disturbi cognitivi**. Sulla base delle informazioni di cui disponiamo, Lester era fisicamente sano e non faceva uso di droghe, alcol o farmaci (B).

Quali altri DP potrebbero essere presi in considerazione? I pazienti con **disturbo schizotipico di personalità** possono presentare affettività limitata e aspetto insolito. I vestiti di Lester erano piuttosto fuori luogo per recarsi a un appuntamento da un medico, ma potevano probabilmente essere piuttosto normali per un ragazzo di 20 anni; inoltre egli negava la presenza di credenze che potevano sembrare strane. Egli non aveva riferito alcuna idea di profondo sospetto o diffidenza, come si potrebbe ritrovare nel **disturbo paranoide di personalità**. I pazienti con **disturbo evitante di personalità** si isolano altrettanto dalle altre persone; a differenza delle persone con disturbo schizoide di personalità, comunque, non scelgono l'isolamento e soffrono per questo.

Se Lester sviluppasse successivamente schizofrenia, dovrebbe essere aggiunto lo specificatore (*premorbo*) alla diagnosi al momento della sua formulazione. Trovo difficile posizionarlo esattamente nella scala VGF. Il punteggio di 65 in qualche modo è una questione di impressione ed è discutibile.

## F21 [301.22] Disturbo schizotipico di personalità

Sin dalla tenera età, i pazienti con disturbo schizotipico di personalità presentano persistenti difficoltà interpersonali che riducono drasticamente la loro capacità di avvicinarsi agli altri. Presentano inoltre pensieri distorti o eccentrici, percezioni e comportamenti che possono farli apparire bizzarri. Spesso si sentono ansiosi quando si trovano in presenza di sconosciuti e in genere non hanno amici stretti. Possono essere sospettosi e superstiziosi; le loro particolarità nel pensiero comprendono pensiero magico, telepatia o altri insoliti modi di comunicare. Alcuni pazienti possono verbalizzare il fatto di percepire una “forza” o una “presenza” o, ancora, presentano un eloquio caratterizzato da vaghezza, digressioni, eccessive astrazioni, vocabolario impoverito o insolito utilizzo delle parole.

I pazienti con disturbo schizotipico di personalità possono eventualmente sviluppare schizofrenia. Molti di loro si sentono depressi quando decidono di rivolgersi a un medico. Le loro idee eccentriche e il loro modo di pensare li pongono spesso a rischio di venire coinvolti in culti. Vanno poco d'accordo con gli altri e, sotto stress, possono diventare rapidamente psicotici. Nonostante il loro comportamento bizzarro, molti di loro si sposano e lavorano. Questo disturbo si verifica con la stessa frequenza del disturbo schizoide di personalità.

### Caratteristiche essenziali del **disturbo schizotipico di personalità**

In molte situazioni, questi pazienti tendono a essere isolati e manifestano un ristretto ventaglio di emozioni con le altre persone. Possono avere idee paranoiche o sospettosità, possono essere presenti anche idee di riferimento (che, comunque, non arrivano al punto di essere deliranti). Il loro modo di vestire o i manierismi che presentano possono farli sembrare bizzarri, con l'effetto di inappropriato o costretto; l'eloquio può essere vago, impoverito o ampiamente astratto. Possono riferire strane percezioni o sensazioni fisiche e il loro peculiare comportamento può essere influenzato da pensiero magico o altre strane credenze (superstizioni, convinzione della telepatia). Presentano una marcata ansia sociale (che non migliora con la conoscenza) e tendono a non avere amici intimi.

#### **Nota bene**

**Non dimenticare le D:** • Durata (inizia nell'adolescenza o intorno ai 20 anni e persiste) • Diffuso contesto • Diagnosi differenziale (disturbo fisico e da uso di sostanze, disturbo psicotico, disturbo dell'umore con caratteristiche psicotiche, disturbo dello spettro dell'autismo e altri disturbi dello sviluppo nervoso, disturbo paranoide di personalità e schizoide).

#### **Note di codifica**

Se il disturbo schizotipico di personalità precede l'esordio di schizofrenia, aggiungere lo specificatore (**premorbo**).

## Timothy Oldham

“È il mio bambino! Non mi importa che cosa c’entra lui con questo!”. Charlotte Grenville sedeva nella stanza del colloquio palesemente incinta e triste e piangeva di disperazione. Si trovava in quel posto su richiesta del giudice che presiedeva, essendo coinvolta in una battaglia legale per il diritto di visita del proprio bambino non ancora nato.

L’identità del padre non era mai stata dubbia. La settimana successiva al secondo ciclo mestruale mancato, Charlotte si era recata dal proprio ginecologo e aveva chiamato Timothy Oldham per comunicargli la notizia. Lei aveva considerato di minacciarlo e di citarlo in giudizio per avere un sostegno per il bambino, ma questo non era stato necessario. Timothy guadagnava bene posando moquette e non aveva dipendenti. Egli le offrì un generoso assegno mensile, iniziando da subito. Tuttavia, lui voleva aiutarla a crescere il bambino. Charlotte aveva rifiutato quell’idea senza nemmeno pensarci e inoltrò l’azione legale. Per via delle tempistiche del tribunale, il caso venne trascinato per lungo tempo tanto quasi la gravidanza di Charlotte.

“Voglio dire, lui è realmente strano!”.

“Che cosa intendi per strano? Fammi qualche esempio”.

“Io lo conosco da molto tempo – diversi anni, comunque. Aveva una sorella che è morta; ne parla come se lei fosse ancora viva. E fa anche cose strane. Come, mentre facevamo l’amore, ha iniziato a farfugliare di un “amore santo” e a dedicargli il suo sperma. Mi ha completamente fatto passare la voglia. Gli ho detto di smettere e uscire, ma era troppo tardi. Voglio dire, come pensi che tuo figlio possa crescere bene se si ritrova uno simile come padre?”.

“Se lui è così particolare, come mai ti sei immischiata con lui?”.

Sembrava imbarazzata. “Beh, è successo una volta sola. Probabilmente ero anche un po’ ubriaca quella sera”.

Timothy non era solo sedato, era quasi immobile. Si sedette tranquillamente sulla sedia dello studio, un biondino magro i cui capelli coprivano la fronte fino quasi al suo sopracciglio. Raccontò la sua versione della storia con un tono monotono che non rivelava la più piccola traccia di emozione.

Timothy Oldham e sua sorella gemella, Miranda, erano rimasti orfani all’età di 4 anni. Egli non aveva ricordi dei genitori, se non la vaga idea che vivevano in una piantagione di marijuana nella California del nord. I due bambini erano stati accolti da una coppia di zii (battisti del sud) che, egli diceva, facevano sembrare la coppia raffigurata da Grant Wood in *American Gothic* allegra al confronto. “Il quadro li raffigura. Ne ho una copia in camera mia. Talvolta posso quasi vedere mio zio muovere il forcone avanti e indietro per farmi segnali”.

“È realmente tuo zio e il forcone realmente si muove?” volle sapere l’intervistatore.

“È più una sensazione che ho... non realtà... un segno della mia impresa cristiana...” la voce di Timothy si affievolì, ma continuò a mantenere il proprio sguardo fisso innanzi a sé.

L’“impresa cristiana”, spiegò, significava che ciascuno era stato mandato sulla Terra per uno specifico motivo. Suo zio era solito dire questo. Timothy pensava che la sua missione potesse essere quella di aiutare ad allevare il bambino che stava crescendo dentro a Charlotte. Egli sapeva che doveva esserci qualcosa di più nella vita oltre a posare moquette tutto il giorno.

Timothy aveva pochi amici, nessuno di questi stretto. Lui e Charlotte avevano passato solo poche ore insieme. Parlò della sorella, rispondendo alla domanda. Timothy e Miranda erano rimasti comprensibilmente uniti; lei era stata l’unica vera amica che lui avesse mai

avuto. Lei morì per un tumore all'encefalo quando aveva solo 16 anni e Timothy ne fu devastato. “Noi eravamo legati insieme quando siamo nati. Ho giurato sulla sua tomba che questo legame non sarebbe mai stato sciolto”.

Ancora senza inflessioni nella voce, Timothy spiegò che essere “legati insieme” era qualcosa con cui si nasce. Lui e Miranda erano ancora legati. Era un'impresa cristiana e lei lo stava guidando dalla sua tomba affinché avesse una bambina. Egli disse che sarebbe stato come avere di nuovo indietro Miranda. Sapeva che la bambina non sarebbe stata realmente Miranda, ma diceva che sapeva che sarebbe stata una bambina. “Questa è soltanto una sensazione. Ma so di avere ragione”.

Timothy rispose negativamente alla consueta domanda relativa ad allucinazioni, deliri, alterazioni dell'umore, utilizzo di sostanze e problemi fisici come traumi cranici ed epilessia. Quindi si alzò dalla propria sedia e lasciò la stanza senza aggiungere altre parole.

Quella sera Charlotte Grenville diede alla luce un bebè (un sano bambino di sesso maschile).

### Valutazione di Timothy Oldham

La testimonianza fornita da Charlotte suggeriva che le particolarità di Timothy erano presenti da anni. Sebbene non conosciamo molto riguardo alla sua carriera scolastica o lavorativa, i suoi sintomi sembravano avere interessato diverse aree della sua vita. Questo punto dovrebbe essere approfondito meglio.

I sintomi schizotipici di Timothy includevano pensieri bizzarri (la convinzione che la bambina sarebbe stata la sorella ritornata sulla terra; questo pensiero non derivava in alcun modo da una qualche influenza subculturale in cui tale pensiero potesse considerarsi normale, criterio A2), allucinazioni (il contadino nel quadro che agitava il suo forcone, A3), affettività limitata (A6) e assenza di amici stretti (A8). Le sue parole (“legati insieme”, “impresa cristiana”) sembrano metaforiche e bizzarre (A4). Non è stata indagata dall'intervistatore la presenza di idee di riferimento, paranoiche, comportamenti bizzarri ed eccessiva ansia sociale. I sintomi cognitivi, affettivi e interpersonali erano presenti, comunque (vedete Caratteristiche essenziali del disturbo di personalità in genere).

Questa valutazione non lascia spazio ad altre patologie psichiatriche. Timothy negava nello specifico la presenza di sintomi psicotici necessari alla diagnosi di **disturbo delirante** o **schizofrenia**. Altre condizioni che possono implicare sintomi psicotici includono **disturbi dell'umore** e **disturbi cognitivi**, ma abbiamo visto che non sussistevano dati a favore di entrambi (B).

Altri DP da prendere in considerazione comprendono il **disturbo schizoide di personalità** e quello **paranoide**. Ciascuno di questi implica un certo grado di isolamento sociale, ma non i pensieri eccentrici del disturbo schizotipico di personalità. I pazienti con uno qualunque di questi tre disturbi di personalità del gruppo A possono rapidamente scompensarsi in brevi psicosi (un tratto in comune con il **disturbo borderline di personalità**). Alcuni pazienti possono qualificarsi per due diagnosi contemporaneamente: **disturbo borderline di personalità** e DP del gruppo A. I pazienti con **disturbo evitante di personalità** sono socialmente isolati, ma soffrono per questo e non presentano comportamenti o pensieri bizzarri. Di certo, deve essere presa in considerazione la **modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica** in coloro che presentano una malattia grave o cronica; Timothy non l'aveva.

Sulla base della suddetta valutazione, Tim avrebbe un punteggio alla VGF di 75. Non ha sviluppato schizofrenia, quindi non utilizzeremo il qualificatore (*premorbo*).

F21 [301.22]	Disturbo schizotipico di personalità
Z65.3 [V62.5]	Diritto sulla visita del bambino

## Disturbi di personalità del gruppo B

Le persone con DP del gruppo B tendono a essere drammatiche, emotive, ricercano attenzione e presentano un umore labile e spesso superficiale. Spesso presentano intensi conflitti interpersonali.

### F60.2 [301.7] Disturbo antisociale di personalità

Coloro che presentano un disturbo antisociale di personalità trascurano e violano costantemente i diritti delle altre persone; alcuni si impegnano come artisti; altri sono francamente rudi criminali. Le donne (e alcuni uomini) con tale disturbo possono essere coinvolti nella prostituzione. In altri individui ancora, gli aspetti tradizionali antisociali possono essere camuffati dall'uso smodato (e spesso dallo spaccio) di sostanze illecite.

Sebbene alcune di queste persone sembrino superficialmente affascinanti, molti sono aggressivi e irritabili. Il loro comportamento irresponsabile influenza quasi ogni area della loro vita. Oltre all'uso di sostanze, possono esserci comportamenti di combattimenti, bugie e comportamenti criminosi di qualunque tipo possibile: furto, violenza, frodi e abuso su coniuge e minori. Queste persone possono dire di provare sentimenti di colpa, ma non sembrano avere un sincero rimorso per i propri comportamenti. Sebbene possano lamentarsi di diversi problemi somatici e tentare talvolta il suicidio, le loro interazioni manipolatorie con gli altri possono rendere difficile stabilire quando le loro lamentele sono vere.

I criteri del DSM-5 per il disturbo antisociale di personalità specificano che l'inizio deve collocarsi prima dei 15 anni di età e il paziente deve avere una storia che supporta la diagnosi di anomalie del comportamento (pag. 379); da adulto tali comportamenti proseguono e si estendono con almeno quattro sintomi di disturbo antisociale di personalità.

Circa il 3% degli uomini, ma solo l'1% delle donne, presenta tale disturbo; il disturbo antisociale di personalità si riscontra in circa tre quarti dei detenuti nelle carceri. È un disturbo più frequente nelle classi sociali basse e presenta ereditarietà; ha probabilmente una componente genetica e una ambientale. I parenti di sesso maschile presentano disturbo antisociale di personalità e disturbi correlati a sostanze; le parenti di sesso femminile presentano disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati a sostanze. Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è un frequente precursore ed è necessario che vi sia un disturbo della condotta nell'infanzia (vedete oltre).

Sebbene il trattamento sembra fare poca differenza nei pazienti affetti da disturbo antisociale di personalità, vi sono dati a favore del fatto che il disturbo diminuisce con l'avanzare dell'età, tanto che diventano "semplici" consumatori di sostanze. La morte per suicidio o per omicidio è la principale causa.

In genere, la diagnosi di disturbo antisociale di personalità non viene formulata se il comportamento antisociale avviene solo in un contesto di abuso di sostanze. I soggetti che abusano di sostanze talvolta sono coinvolti in comportamenti criminosi, ma solo quando sono alla ricerca di droga. È fondamentale capire se un paziente con possibile disturbo antisociale di personalità è stato coinvolto in attività illecite quando non era sotto l'effetto di sostanze.

Sebbene questi pazienti abbiano spesso avuto un'infanzia segnata da incorreggibilità, delinquenza e problemi scolastici come assenze ingiustificate, meno della metà dei bambini con tale background sviluppa successivamente l'intera sindrome in età adulta. Pertanto, non dovremmo mai formulare tale diagnosi prima dei 18 anni di età.

Infine, il disturbo antisociale di personalità costituisce un serio disturbo privo di alcun efficace trattamento. Costituisce, pertanto, una diagnosi di ultima spiaggia. Prima di formulare tale diagnosi, è necessario raddoppiare gli sforzi per assicurare l'esclusione di altre patologie psichiatriche maggiori e di altri DP.

### Caratteristiche essenziali del **disturbo antisociale di personalità**

Questi pazienti presentano, prima dei 15 anni di età, una storia di distruzione di proprietà, gravi violazioni di legge o aggressione a persone o animali (ovvero, soddisfano i criteri per il disturbo della condotta, pag. 379). Fino da allora, in diverse situazioni, essi mentono, truffano o forniscono false generalità quando vengono coinvolti in comportamenti che comportano l'arresto (nel caso in cui vengano effettivamente fermati). Tendono ad avere scontri con altre persone o ad assalirle; generalmente sbagliano a programmare le proprie attività, confidando nell'ispirazione dell'impulso. Non mostrano rimorso per nessuno di questi comportamenti, tutt'al più può essere presente un sentimento di dispiacere. Possono rifiutarsi di pagare i propri debiti o di mantenere un lavoro fisso. Possono mettere in pericolo se stessi o anche altre persone in modo irresponsabile.

#### **Nota bene**

**Non dimenticare le D:** • Durata e dati demografici (la diagnosi non può essere formulata prima dei 18 anni di età; i modelli comportamentali sono permanenti) • Diffuso contesto • Diagnosi differenziale (disturbi fisici e disturbo da uso di sostanze, disturbo bipolare, schizofrenia, altri DP, criminalità).

### **Milo Tark**

Milo Tark era un ragazzo di 23 anni, di bella presenza e intelligente. Nel periodo in cui aveva lavorato era riuscito a guadagnare un bel gruzzolo di soldi installando impianti di riscaldamento e condizionatori. Era entrato in questo giro d'affari quando aveva lasciato la scuola, verso l'inizio delle scuole superiori. Da allora, aveva cambiato circa una quindicina di lavori; il più duraturo era stato di 6 mesi.

Milo fu inviato per una valutazione dopo essere stato sorpreso a truffare un vecchio cliente a uno sportello bancomat. Si trattava di uno dei due bancomat della filiale bancaria in cui lavorava la madre in qualità di assistant manager.



“Piccolo diavolo!” esclamò il padre all’inizio della prima intervista. “È sempre stato uno difficile da crescere, anche quando era bambino. Mi ricorda un po’ me stesso, talvolta. Solo che io sono stato capace di tirarmi fuori”.

Milo era stato coinvolto in diverse risse quando era ragazzino. La prima volta che gli sanguinò il naso aveva 5 anni e alla prima sculacciata che suo padre gli aveva dato non aveva pensato ad altro se non a tenere i pugni stretti a sé. In seguito, venne sospeso da scuola per aver estorto 3 dollari e imbrogliato un ragazzino di 8 anni. Dopo che la sospensione, infine, venne cancellata, egli rispose saltando la scuola per 47 giorni consecutivi. Cominciò una serie di scontri con la polizia a partire dal taccheggio (preservativi), per poi passare (quattro accuse) al furto con scasso di auto all’età di 15 anni. Per avere rubato una Toyota venne mandato per 6 mesi in un campo di lavoro gestito dall’autorità minorile. “Sono stati gli unici 6 mesi in cui io e sua madre sapevamo dove fosse di notte” osservò il padre.

Il periodo che Milo trascorse al campo sembrava avergli fatto bene, almeno inizialmente. Sebbene non fece mai ritorno a scuola, per i successivi 2 anni evitò gli arresti e in modo intermittente si dedicò a imparare un mestiere. Al compimento del diciannovesimo anno di età si ubriacò e si arruolò nell’esercito. Dopo pochi mesi si trovò nuovamente per strada, con una sospensione per cattiva condotta per spaccio di cocaina nella sua caserma e per aver aggredito due caporali, il suo primo sergente e un luogotenente. Nel corso degli anni successivi, quando aveva bisogno di denaro, si metteva a lavorare tutte le volte in cui non riusciva a procurarsene in modo diverso. Non molto prima del suo colloquio di valutazione, mise incinta una ragazza di 16 anni.

“Era solo una stupida svampita” disse Milo distendendosi, appoggiando una gamba sul bracciolo della sedia dell’intervistatore. Egli aveva tentato di farsi crescere una barba trasandata e si passava uno stuzzicadenti a lato della bocca. Le parole O-D-I-O (hate) e A-M-O-R-E (love) erano sgraziatamente tatuate tra le nocche delle due mani. “Lei non si è opposta quando si stava sdraiando”.

L’umore di Milo era buono, non aveva mai avuto episodi che sfiorassero la mania. Non vi erano mai stati sintomi di psicosi eccetto quando si stava disintossicando dallo speed. Egli si “sentiva un po’ paranoico”, ma non era durata a lungo come sensazione.

Il lavoro al bancomat era una truffa pensata da un amico. L’amico aveva letto qualcosa di simile su un giornale e aveva deciso che sarebbe stata una buona idea per fare soldi rapidamente: avevano pensato che non sarebbero mai stati presi e Milo non aveva neppure preso in considerazione le conseguenze che avrebbero potuto esserci per la madre.

Egli sbadigliò e disse: “Mia madre può sempre trovarsi un altro lavoro”.

### Valutazione di Milo Tark

Il comportamento di Milo intaccò fin dall’inizio tutti gli aspetti della sua vita: scuola, lavoro, famiglia e relazioni interpersonali. All’età di 15 anni il paziente soddisfaceva i criteri per disturbo della condotta (disturbo antisociale di personalità, criterio C). Successivamente, egli passò a una matura criminalità adulta che durò per tutti i suoi 20 anni: ripetute azioni illegali (A1), aggressioni (al personale dell’esercito, A4), inaffidabile attività lavorativa (A6), impulsività (non aveva programmato di forzare il bancomat, A3) e mancanza di rimorso (nei confronti della propria madre e della ragazza rimasta incinta, A7). I suoi sintomi interessavano le aree di cognitivtà, affettività, funzionamento interpersonale e controllo degli impulsi

(vedete Caratteristiche essenziali del disturbo di personalità in genere). Di certo, ora era sufficientemente grande (più di 18 anni, criterio B) per soddisfare la diagnosi di disturbo antisociale di personalità.

Le persone con **episodio maniacale** o **schizofrenia** possono talvolta essere coinvolte in attività criminose, ma questo risulta essere un episodio ed è accompagnato da altri sintomi maniacali o psicotici. Milo negava fermamente qualunque comportamento che potesse suggerire un disturbo dell'umore o psicosi (D). I pazienti con **disabilità intellettiva** possono infrangere la legge, sia perché non realizzano che sia qualcosa di sbagliato, sia perché possono essere facilmente influenzati dagli altri. Nonostante Milo non andasse particolarmente bene a scuola non sussistono evidenze che fosse stato ostacolato da una bassa intelligenza.

Dal momento che molti pazienti tossicodipendenti farebbero qualsiasi cosa pur di avere a disposizione soldi, il **disturbo da uso di sostanze** è importante nella diagnosi differenziale. Milo aveva fatto uso di cocaina e amfetamine, ma (a suo dire) solo per breve periodo, inoltre la maggior parte dei suoi comportamenti antisociali non era associata all'uso di sostanze. I pazienti con disturbi del controllo degli impulsi possono essere coinvolti in attività illecite, ma ciò resta limitato al contesto di **disturbo della condotta** nelle persone giovani e risse o distruzione di proprietà nel disturbo esplosivo intermittente. I pazienti con bulimia nervosa talvolta commettono taccheggi, ma nel caso di Milo non vi era evidenza di episodi bulimici. Di certo, molte di queste condizioni (come anche i **disturbi d'ansia**) si possono trovare come diagnosi associate nei pazienti con disturbo antisociale di personalità.

I criminali di professione, il cui comportamento antisociale è confinato al loro “ambito professionale”, potrebbero non soddisfare tutti i criteri necessari per il disturbo antisociale di personalità. Essi potrebbero invece ricevere una diagnosi di **comportamento antisociale dell'età adulta**, cosa che potrebbe essere registrata come Z72.811 [V71.01]. Essa costituisce parte della diagnosi differenziale del DP.

Con un punteggio alla VGF di 35, la diagnosi completa di Milo risulterebbe la seguente:

F60.2 [301.7]	Disturbo antisociale di personalità
Z65.3 [V62.5]	Arresto per frode al bancomat

### **F60.3 [301.83] Disturbo borderline di personalità**

Durante la loro vita adulta le persone con disturbo borderline di personalità appaiono instabili. Sembrano sempre a un punto di crisi rispetto all'umore, comportamento o relazioni interpersonali. Molti si sentono vuoti e annoiati; si attaccano fortemente agli altri, si arrabbiano intensamente e diventano ostili quando credono di essere ignorati o maltrattati da coloro da cui dipendono. Possono arrivare impulsivamente a ferirsi o a mutilarsi; le loro azioni sono manifestazioni di rabbia, pianti di aiuto o tentativi di addormentare loro stessi rispetto alla propria sofferenza emotiva. Sebbene i pazienti con disturbo borderline di personalità possano avere brevi episodi psicotici, questi si risolvono così rapidamente che vengono raramente confusi con psicosi come la schizofrenia. Le intense e rapide oscillazioni dell'umore, impulsività e relazioni interpersonali intense rendono difficile per questi pazienti raggiungere il loro pieno potenziale nella vita sociale, lavorativa o scolastica.

Il disturbo borderline di personalità presenta ereditarietà. Tali persone si sentono realmente miserabili, tanto che fino al 10% di queste arriva a commettere suicidio.

Il concetto di disturbo borderline di personalità è stato sviluppato intorno alla metà del XX secolo. Tali pazienti, in origine (e talvolta anche oggi), si ritenevano aggirarsi tra la nevrosi e la psicosi – un “borderline” la cui esistenza è discussa da molti clinici. Quando il concetto è evoluto in DP, ha raggiunto significativa importanza, forse perché molti pazienti potevano essere fatti rientrare in questa capiente definizione.

Nonostante l'1-2% della popolazione generale possa legittimamente qualificarsi per la diagnosi di disturbo borderline di personalità, questa viene probabilmente attribuita a una più vasta proporzione di pazienti che ricercano cure psichiatriche. Potrebbe essere una delle più sovradiagnosticate condizioni presenti nei manuali diagnostici. Molti di questi pazienti presentano altri disturbi più rapidamente trattabili; tra questi troviamo depressione, disturbo da sintomi somatici e disturbo da uso di sostanze.

### Caratteristiche essenziali del **disturbo borderline di personalità**

Queste persone vivono in una costante crisi di umore o comportamento. Si sentono spesso vuoti e annoiati. L'identità disturbata (immagine insicura di sé) può portare ad aggredire se stessi con le proprie mani, possono freneticamente tentare di scongiurare un abbandono (può essere reale o fantasia). La marcata impulsività può spingerli a ferirsi o a mutilarsi o indurli ad attuare altri comportamenti potenzialmente lesivi, come la promiscuità sessuale, lo spendere in modo eccessivo, il binge-eating o la guida spericolata. Anche se a causa dello stress possono sviluppare brevi episodi dissociativi o di paranoia, questi si risolvono rapidamente. Intense e rapide oscillazioni dell'umore possono condurre a una rabbia inappropriata e incontrollata.

#### **Nota bene**

**Non dimenticare le D:** • Durata (inizia nell'adolescenza o intorno ai 20 anni e persiste)  
• Diffuso contesto • Diagnosi differenziale (disturbi fisici o da uso di sostanze, disturbi dell'umore o psicotici; altri DP).

### **Josephine Armitage**

“Mi sto per tagliare!”. La voce al telefono era acuta e tremolante. “Ora mi taglio! Ahi! Ecco! Ho iniziato”. La voce gemeva con dolore e rabbia.

Venti minuti più tardi il medico ottenne l'indirizzo di Josephine e la promessa della ragazza che sarebbe andata in pronto soccorso immediatamente. Due ore più tardi, con l'avambraccio avvolto da bende, Josephine Armitage era seduta in uno studio del reparto di psichiatria. Cicatrici sovrapposte increspavano il suo braccio destro dal polso alla spalla. Aveva 33 anni, era un po' in sovrappeso e masticava un chewing gum.

“Mi sento molto meglio”. Disse con un sorriso. “Penso che tu mi abbia davvero salvato la vita”.

Il medico diede uno sguardo al braccio non bendato. “Questa non è la prima volta, vero?”.

“Penso possa essere piuttosto ovvio. Intendi essere altrettanto ottuso come il mio ultimo strizzacervelli?”. Josephine aggrottò le sopracciglia e si girò di 90 gradi per fissare il muro. “Sss!”.

Il terapeuta precedente visitava Josephine con una parcella ridotta, ma non era in grado di dedicarle più tempo quando lei ne aveva bisogno. Lei rispose bucando tutte e quattro le ruote della nuova BMW del medico.

Il suo attuale problema era con il fidanzato. Una delle sue amiche era “piuttosto sicura” di aver visto James due notti prima con un’altra donna. Il giorno dopo, Josephine si diede malata al lavoro e piantonò James sul posto di lavoro così da potersi confrontare con lui. James non si era presentato, così quella notte Josephine continuò a battere alla sua porta fino a quando i vicini non chiamarono la polizia. Prima di andarsene tirò un calcio al muro vicino alla porta. Si ubriacò, guidando per la strada principale e cercando di rimorchiare qualcuno.

“Suona pericoloso” osservò il medico.

“Stavo cercando il signor Goodbar, ma nessuno è saltato fuori. Decisi che mi dovevo tagliare ancora. Sembra sempre essermi d’aiuto”. La rabbia di Josephine ancora una volta si era dissolta e lei aveva distolto lo sguardo dal muro. “La vita è una merda e poi muori”.

“Quando ti tagli, hai mai realmente l’intenzione di ucciderti?”.

“Dunque, vediamo”. Josephine masticava pensierosa il suo chewing gum. “Sono così arrabbiata e depressa. Non mi importa che cosa succede. Il mio ultimo strizzacervelli diceva che tutta la mia vita era stata come la conchiglia di una persona. Questo significa che dentro non c’è nessuno ad abitarci, così a me resta solo che versare fuori il sangue e finire il lavoro”.

### Valutazione di Josephine Armitage

La prima cosa che il medico dovrebbe fare è stabilire se i comportamenti riportati (e osservati) sono stati presenti fin dalla tarda adolescenza di Josephine. Dal suo commento “ultimo strizzacervelli” sembrerebbe che la situazione sia proprio questa, ma deve essere verificata. Questi comportamenti erano pervasivi: il suo lavoro era coinvolto (chiamare e darsi malata per un capriccio), come lo erano la relazione con il fidanzato e con il precedente terapeuta.

Josephine presentava svariati sintomi. L'intero episodio del piantonamento dell'appartamento di James può essere inteso come un disperato tentativo di evitare un abbandono (disturbo borderline di personalità, criterio A1). Anche i suoi istanti iniziali con l'attuale medico rivelavano delle oscillazioni tra l'idealizzazione e la svalutazione (criterio A2). Josephine manifestava evidenze di grave impulsività (guidare in stato di ebbrezza, tentare di rimorchiare uno sconosciuto, A4) e aveva messo in atto diversi tentati suicidi (A5). Il suo umore, anche rispetto allo scenario descritto in precedenza, sembrava essere marcatamente instabile e reattivo a ciò che percepiva essere l'atteggiamento del medico nei suoi confronti (A6); la sua rabbia era improvvisa, inappropriata e intensa (A8). Lei concordava sulla descrizione di sé come di una “conchiglia vuota” (A7). Sebbene i pazienti con disturbo borderline di personalità vengano spesso descritti come persone con un disturbo di identità e, talvolta, brevi parentesi psicotiche, il caso di Josephine non fornisce evidenze né dell'una né dell'altra condizione. Anche così, comunque, presentava sei o sette sintomi, mentre solo cinque risultano necessari per la diagnosi.

Un lungo elenco di patologie psichiatriche possono essere confuse con il disturbo borderline di personalità: ciascuna di queste deve essere presa in considerazione prima di stabilire questo disturbo come l'unica (o principale) diagnosi. (Questo non è un criterio per disturbo borderline di personalità, ma rientra tra i criteri del DP in generale e anche tra i miei mantra personali.) Molti pazienti con disturbo borderline di personalità soffrono anche di **disturbo depressivo maggiore** o di **distimia**. È importante stabilire se gli agiti anticonservativi, la rabbia e la sensazione di vuoto non siano provati solo in corso di episodio depressivo. In modo analogo, dobbiamo assicurarci che l'instabilità emotiva non sia dovuta a ciclotimia. Notate che i criteri ufficiali non fanno menzione ad alcuna di queste possibilità, ma sono menzionati nel testo.

I pazienti con disturbo borderline di personalità possono avere episodi psicotici, ma questi tendono a essere brevi e legati allo stress, si risolvono rapidamente e spontaneamente (situazioni che li mettono a rischio di essere confusi con casi di **schizofrenia**). L'abuso di diverse sostanze può portare a comportamenti anticonservativi, instabilità dell'umore e ridotto controllo degli impulsi. I disturbi da uso di sostanze si ritrovano altrettanto di frequente associati a disturbo borderline di personalità e devono essere a loro volta ben indagati. I pazienti con **disturbo da sintomi somatici** sono spesso piuttosto drammatici e a loro volta possono abusare di sostanze e tentare il suicidio. Per quanto il caso clinico descritto non riporti evidenze di alcuna di queste situazioni (a parte l'ubriacarsi – questo è stato un evento isolato?), il medico dovrebbe effettuare una valutazione accurata dell'elenco appena fornito.

I pazienti con disturbo borderline di personalità possono anche presentare caratteristiche di DP aggiuntive. La presentazione clinica di Josephine era teatrale, suggerendo un **disturbo istrionico di personalità**. I pazienti con **disturbo narcisistico di personalità** sono egocentrici, sebbene non abbiano l'impulsività di Josephine. I pazienti con **disturbo antisociale di personalità** sono impulsivi e non controllano la propria rabbia: sebbene alcuni dei comportamenti di Josephine fossero distruttivi, lei non è mai stata coinvolta in attività criminali.

Infine, talvolta si può incontrare nei pazienti con disturbo borderline di personalità il **disturbo dissociativo dell'identità**. Sarebbero richiesti ulteriori colloqui e osservazioni per escludere questa rara condizione. Assumendo che la storia di Josephine sia stata verificata, la sua diagnosi risulterebbe quella di seguito riportata. Le attribuirei un punteggio alla VGF di 51.

F60.3 [301.83]	Disturbo borderline di personalità
S51.809 [881.00]	Lacerazioni all'avambraccio

---

Non esiste un DP che insorge in età avanzata. Per definizione, i DP sono delle condizioni presenti, più o meno, fin dal principio. Se si incontra un paziente la cui struttura di carattere sembra avere subito dei cambiamenti nel corso degli anni dell'età adulta, è necessario ricercarne la causa fino a quando non la si individua. Di solito, si può incontrare una modificazione della personalità dovuta ad altre condizioni mediche, disturbo dell'umore o psicotico, talvolta associate al consumo di sostanze, a una causa cognitiva o a un grave disturbo dell'adattamento.

---

## F60.4 [301.50] Disturbo istrionico di personalità

I pazienti con disturbo istrionico di personalità presentano un modello di lunga data di estrema ricerca di attenzione ed emotività che pervade tutte le aree della loro vita. Queste persone soddisfano il proprio bisogno di essere al centro dell'attenzione principalmente in due modi: 1) i loro interessi e argomenti di conversazione si concentrano sui loro desideri e attività; 2) essi richiamano l'attenzione sui propri stessi servendosi dei propri comportamenti, discorsi inclusi. Sono apertamente preoccupati dall'attrattiva fisica (propria nei confronti degli altri, dal momento che questa è collegata a loro) e si esprimono in modo così stravagante che può quasi sembrare una parodia di un'emotività normale. Il loro bisogno di approvazione può portarli a essere seduttivi, spesso in modo inappropriato (anche in modo teatrale). Molti conducono una normale vita sessuale, ma altri possono essere promiscui e altri ancora possono non essere interessati al sesso.

Queste persone sono spesso così insicure che spesso ricercano l'approvazione di altre persone. Il dipendere dalla benevolenza degli altri può fare sì che il loro umore sembri oscillare o essere troppo reattivo a quanti stanno loro intorno. La bassa tolleranza per le frustrazioni può generare degli scatti d'ira. A loro piace parlare con gli psichiatri (questo rappresenta per loro un'altra possibilità di essere al centro dell'attenzione), ma dal momento che i loro discorsi sono spesso vaghi e pieni di esagerazioni, possono risultare frustranti per l'interlocutore.

Essi allacciano rapidamente nuove amicizie, ma le persone con disturbo istrionico di personalità altrettanto rapidamente diventano pesanti. Dal momento che sono piuttosto creduloni e facilmente influenzabili, il loro comportamento può sembrare incoerente. Essi non pensano in modo analitico, per tale motivo possono avere difficoltà con i compiti che richiedono pensiero logico, come il fare operazioni matematiche. A ogni modo, possono avere successo in lavori che premiano la creatività e l'immaginazione. La loro brama di novità li porta talvolta ad avere problemi legali dal momento che ricercano sensazioni o stimoli. Alcuni hanno una spiccata tendenza a perdere oggetti che hanno un valore affettivo.

Il disturbo istrionico di personalità non è stato particolarmente studiato, ma viene descritto come piuttosto frequente. Può presentare ereditarietà. Il tipico paziente è di sesso femminile, sebbene il disturbo si possa presentare anche negli uomini.

### Caratteristiche essenziali del **disturbo istrionico di personalità**

Questi pazienti non solo bramano la celebrità, ma sono infelici quando non sono al centro dell'attenzione. Essi cercano attivamente di attirare l'attenzione su di sé, servendosi del proprio aspetto fisico e manierismi. Il loro modo di parlare può essere apertamente teatrale, ma ciò che essi dicono tende a essere vago e privo di specificità. Possono essere espansivi o esuberanti quando esprimono le proprie emozioni, che tendono, comunque, a essere superficiali e labili. Troppo aperti ai suggerimenti, troppo rapidamente influenzabili, queste persone possono interpretare relazioni come intime quando in realtà non lo sono (anche arrivando a comportarsi in modi che risultano impropriamente sfacciati o seduttivi).

#### **Nota bene**

**Non dimenticare le D:** • Durata (inizia nell'adolescenza o intorno ai 20 anni e persiste)  
• Diffuso contesto • Diagnosi differenziale (patologia fisica o disturbo da uso di sostanze, disturbo da sintomi somatici, altri disturbi di personalità).

## Angela Black

Angela Black e suo marito, Donald, erano giunti per una seduta di terapia di coppia; come al solito, stavano litigando.

“Lui non mi ascolta mai. Potrei parlare al cane, sarebbe lo stesso!”. Lacrime e mascara scendevano dal viso di Angela sul suo vestito corto di seta.

“Che cosa c’è da ascoltare?” rispose Donald. “So di irritarla perché lei si lamenta così tanto. Ma quando le chiedo come vorrebbe che io cambiassi, lei non si pronuncia mai”.

Angela e Donald avevano 37 anni ed erano sposati da quasi 10 anni. Si erano già separati due volte. Donald guadagnava molto bene lavorando come avvocato nel ramo del diritto d’impresa; Angela era una modella. Lei non lavorava più spesso, ma suo marito le permetteva di vestirsi bene e di indossare belle scarpe. “Penso che lei non abbia mai indossato lo stesso vestito due volte” si lamentò Donald.

“Sì, l’ho fatto” replicò Angela.

“Quando? Dimmi una volta”.

“Lo faccio sempre. Soprattutto di recente”. Per diversi minuti, Angela cercò di difendersi, senza mai fare un’affermazione basata sui fatti.

“Res ipsa loquitur” disse Donald con soddisfazione.

“Oh Gesù! Pure il latino!” gridò lei. “Quando si pone con quel suo atteggiamento di superiorità, parlando senza senso in latino, mi fa venire voglia di tagliarmi i polsi!”.

I Black erano d’accordo su una cosa: per loro, questa, era una tipica conversazione.

Egli lavorava fino a tardi la notte e nei weekend, cosa che infastidiva lei; mentre lei spendeva parecchi soldi in gioielli e vestiti. Angela aveva appurato di essere ancora in grado di attrarre gli uomini. “Non lo farei se tu mi dessi più attenzioni” disse lei, imbronciandosi.

“Non lo faresti se tu non dessi ascolto a Marilyn” rispose lui.

Angela e Marilyn erano migliori amiche sin dai tempi in cui erano cheerleader alla scuola superiore. Marilyn era ricca e indipendente; non le importava di che cosa pensasse la gente e si comportava di conseguenza. Di solito Angela la seguiva a ruota.

“Come alla festa in piscina la scorsa estate” aggiunse Donald “quando ti sei tolta i vestiti per fare il tifo a quelli che correvano. O quella è stata una tua idea?”.

“Che cosa ne sai? Tu lavoravi fino a tardi. A parte tutto, era soltanto il top”.

## Valutazione di Angela Black

Lo stile della personalità di Angela aveva una marcata influenza sul suo matrimonio; dalla rappresentazione data nel caso clinico si intuisce che le sue altre relazioni sociali (per esempio, gli uomini alla festa) ne erano altrettanto influenzate. Sarebbero necessarie maggiori informazioni per stabilire se questo sia stato il suo modo di comportarsi per tutta l’età adulta. A ogni modo, sembra poco probabile che il suo modo di interagire con il mondo si sia sviluppato di recente.

I sintomi presentati da Angela includono un forte bisogno di essere al centro dell’attenzione (disturbo istrionico di personalità, criterio A1) e la provocazione sessuale (dedotta dal ballare in topless, A2); eccessiva preoccupazione per l’aspetto fisico (A4); espressione drammatica delle emozioni (A6); suggestionabilità (seguire il comando della sua amica Marilyn, A7); discorsi vaghi (commentati dal marito, A5). Io penso che possa avere manifestato una

punta di instabilità nell'espressione emotiva (A3), troppa, ma può essere soltanto una mia opinione. Valutata in modo conservativo, lei presenta almeno sei sintomi di disturbo istrionico di personalità (ne sono richiesti cinque secondo i criteri del DSM-5).

Il suo terapeuta avrebbe dovuto raccogliere informazioni atte a determinare se Angela avesse altri disturbi psichiatrici maggiori che di solito accompagnano il disturbo istrionico di personalità. Questi includono il **disturbo da sintomi somatici** (la paziente godeva di buona salute?) e **disturbo da uso di sostanze**.

Angela era eleggibile per altre diagnosi di disturbo di personalità? Era incentrata su di sé e le piaceva essere ammirata. A ogni modo, mancava del senso di raggiungimento grandioso che caratterizza i pazienti con **disturbo narcisistico di personalità**. Si possono individuare caratteristiche istrioniche anche in persone con **disturbo borderline di personalità**. L'umore di Angela era qualcosa di labile, ma non riferiva instabilità interpersonale, disturbi dell'identità, ideazione paranoide transitoria o altri sintomi che caratterizzano i pazienti borderline. La sua facile influenzabilità poteva suggerire un **disturbo dipendente di personalità**, ma lei era ben lungi dall'appoggiarsi a suo marito per avere un sostegno tanto che litigavano attivamente. Con un punteggio alla VGF di 65, io le attribuirei la seguente diagnosi:

F60.4 [301.50]	Disturbo istrionico di personalità
Z63.0 [V61.10]	Disagio relazione con il coniuge

### **F60.81 [301.81] Disturbo narcisistico di personalità**

Le persone con disturbo narcisistico di personalità presentano un modello innato di grandiosità (nel comportamento e nella fantasia), una sete di ammirazione e l'assenza di empatia. Queste attitudini permeano molti degli aspetti delle loro vite. Essi guardano a sé come a persone particolarmente speciali; sono persone vanitose che di solito esagerano le proprie imprese. (Dall'esterno, comunque, dobbiamo notare che questi tratti costituiscono un DP solo in età adulta. I bambini e gli adolescenti sono, per natura, incentrati su loro stessi; nei bambini i tratti narcisistici non implicano necessariamente la comparsa di un DP.)

Nonostante le loro attitudini grandiose, le persone con disturbo narcisistico di personalità hanno una fragile autostima e spesso si sentono indegne; anche nei casi di grande successo personale, si possono sentire disonesti o immeritevoli. Sono marcatamente sensibili a ciò che gli altri pensano di loro e si sentono costretti a ottenere complimenti. Quando vengono criticati, possono camuffare la loro sofferenza con una schermata di glaciale indifferenza. Se da una parte sono troppo sensibili rispetto ai propri sentimenti, dall'altra presentano solo una minima attenzione ai sentimenti e bisogni degli altri; possono fingere empatia, ma solo per coprire una loro mancanza.

I pazienti con disturbo narcisistico di personalità spesso fanno fantasie su successo sfrenato e invidiano coloro che lo hanno raggiunto. Possono scegliere amici che pensano possano aiutarli a raggiungere i propri obiettivi. La performance di lavoro ne può soffrire (a causa dei problemi interpersonali) o può essere migliorata (per via della loro eterna corsa al successo). Dal momento che tendono a essere preoccupati dalla pettinatura e dall'importanza del loro apparire giovani, possono diventare progressivamente depressi con l'invecchiare.



Il disturbo narcisistico di personalità è stato poco studiato. Sembra essere presente in meno dell'1% della popolazione generale; si ritiene che la maggior parte dei pazienti sia di sesso maschile. Non vi sono informazioni relative alla storia familiare, antecedenti ambientali o altre condizioni di background che possono aiutarci a comprendere queste difficili personalità.

### Caratteristiche essenziali del disturbo narcisistico di personalità

Queste persone presentano grandiosità insieme a una forte brama di ammirazione. Per ottenerli, tipicamente esagerano le proprie abilità e imprese. Tendono a essere preoccupati da fantasie di bellezza, genialità, amore perfetto, potere o successo senza limiti e ritengono di essere così particolari da potersi solo accompagnare a persone o istituzioni di stato elevato. Spesso sono arroganti o altezzosi, possono anche credere che gli altri provino invidia nei loro confronti (sebbene possa essere altrettanto vero il contrario). La mancanza di empatia consente loro di giustificare lo sfruttamento degli altri per raggiungere i loro obiettivi.

#### Nota bene

**Non dimenticare le D:** • Durata (inizia nell'adolescenza o intorno ai 20 anni e persiste)  
• Diffuso contesto • Diagnosi differenziale (disturbi fisici o da uso di sostanze, disturbo bipolare, altri disturbi di personalità).

#### Berna Whitlow

“Dottoressa Whitlow, lei è reperibile questo pomeriggio. Devo avere qualche aiuto da lei!”. Eleanor Bondurak, un'assistente sociale della clinica di salute mentale aveva la faccia rossa di rabbia e frustrazione. Non era la prima volta che aveva difficoltà a lavorare con questo medico.

Alla età di 50 anni, Berna Whitlow aveva lavorato in quasi tutti i centri di salute mentale dell'area metropolitana. Era ben formata e molto intelligente, leggeva in modo vorace libri relativi alla sua specialità. Queste erano le qualità che aveva coltivato nel cambiare lavoro dopo lavoro negli anni. Le qualità che l'avevano fatta passare da un lavoro all'altro erano meglio note alle persone con cui lei lavorava piuttosto che a coloro che l'avevano assunta. Era famosa tra i suoi colleghi per essere pomposa e centrata su di sé.

“Disse che non era intenzionata a prendere ordini da me. E il suo comportamento parlava da solo: ‘sei altro che un assistente sociale’”. Eleanor stava ora rivivendo la scena in un'accesa discussione con il direttore medico. “Disse che avrebbe parlato con il mio capo o con te. Io ho sottolineato che nessuno di voi era nell'edificio in quel momento e che il paziente aveva messo una pistola nella sua valigetta. Quindi mi disse che avrei dovuto scriverlo e inviarglielo. E lei avrebbe deciso che cosa fare. È stato allora che ti ho chiamato”.

Risolta la situazione di crisi (la pistola scaricata e il paziente reso non pericoloso), il direttore clinico era andato a parlare con la dottoressa Whitlow. “Ascolta, Berna, è vero che

normalmente gli assistenti sociali vedono i pazienti e scrivono la cartella prima che se ne vadano. Ma questo non era esattamente un caso ordinario! Soprattutto nelle emergenze, l'intera équipe deve lavorare insieme”.

Berna Whitlow era alta, con un naso dritto e mento sporgente che sembrava irradiare autorità. I suoi lunghi capelli erano sottili e biondi. Sollevò un poco il proprio mento. “Tu hai poco da farmi prediche sull'approccio di équipe. Io sono stata un leader in quasi tutte le cliniche della città. Io sono una superba leader di équipe. Puoi chiedere a chiunque”. Mentre parlava, sfregava gli anelli d'oro che portava su quasi ogni dito.

“Ma essere un leader di équipe significa molto di più che dare ordini. Consiste anche nel raccogliere informazioni, costruire consensi, prendersi cura dei sentimenti degli al-”.

“Ascolta” interruppe lei “è suo compito lavorare con la mia équipe. È mio compito fornire la leadership e prendere decisioni”.

### Valutazione di Berna Whitlow

Dalle informazioni di cui disponiamo (che non includono un'intervista clinica, quindi le nostre conclusioni possono essere solo dei tentativi), i tratti di personalità della dottoressa Whitlow sembrano averle causato difficoltà per molti anni. Essi interessano ampiamente la sua vita, interferendo con il lavoro (molti lavori) e relazioni interpersonali. Di certo, una completa valutazione implica indagare su come la sua personalità interferisca con la sua famiglia e vita sociale.

I sintomi indicativi di disturbo narcisistico di personalità includono il suo atteggiamento arrogante (criterio A9), l'esagerare le sue imprese (“Io sono un leader di équipe superba”, A1), ribadire il fatto che lei riceveva ordini o richieste solo da persone di alto rango (A3), aspettarsi obbedienza (come una sorta di diritto, A5) e la mancanza di empatia nei confronti degli altri colleghi (A7). Sono necessari cinque criteri; caratteristiche emotive, cognitive e interpersonali sono presenti (vedete Caratteristiche essenziali del disturbo di personalità in genere).

Diversi altri DP possono accompagnare o essere confusi con il disturbo narcisistico di personalità. I pazienti con **disturbo istrionico di personalità** sono altrettanto egocentrici, ma la dottoressa Whitlow non era così teatrale (sebbene indossasse diversi anelli). Come nel caso del **disturbo borderline di personalità** (e molti altri DP), i pazienti con disturbo narcisistico di personalità presentano grande difficoltà nel relazionarsi con altre persone. Tuttavia (inclusa la dottoressa Whitlow), essi non sono inclini all'umore instabile, a comportamenti suicidari o a brevi psicosi sotto stress. Sebbene vi sia un indizio di falsità nelle esagerazioni narcisistiche, queste persone mancano dell'aspetto di criminalità pervasiva e disprezzo per i diritti degli altri, tipici del **disturbo antisociale di personalità**.

Per quanto la **distimia** e il **disturbo depressivo maggiore** spesso accompagnano il disturbo narcisistico di personalità, non vi è alcun supporto nel caso clinico presentato a favore di queste diagnosi. L'ipotesi diagnostica per la dottoressa Whitlow (punteggio alla VGF di 61) potrebbe essere la seguente:

F60.81 [301.81]      Disturbo narcisistico di personalità

## Disturbi di personalità del gruppo C

I pazienti con DP del gruppo C sono tipicamente ansiosi, tesi e ipercontrollati.

### F60.6 [301.82] Disturbo evitante di personalità

Le persone con disturbo evitante di personalità si sentono inadeguate, sono inibite in termini sociali e sono marcatamente sensibili alle critiche. (Come i tratti narcisistici, i tratti evitanti sono comuni nell'infanzia e non implicano necessariamente un eventuale DP.)

La sensibilità alle critiche e alla disapprovazione rende queste persone modeste e desiderose di compiacere gli altri, ma può anche portare a marcato isolamento sociale. Essi possono mal interpretare innocenti commenti come fossero critiche; spesso si rifiutano di iniziare una relazione se non sono sicuri di essere accettati. Restano in disparte nelle situazioni sociali per il timore di dire qualcosa di stupido e possono evitare lavori che implicino richieste sociali. Oltre ai propri genitori, fratelli o figli, tendono ad avere pochi amici intimi. Si sentono a loro agio nella routine e possono fare di tutto per evitare di lasciare le proprie vie conosciute. In un colloquio possono sembrare tesi e ansiosi; possono mal interpretare anche affermazioni benevole come critiche.

Sebbene il disturbo evitante di personalità sia comparso nel DSM sin dal 1980, devono ancora essere sviluppate ricerche significative. In termini di frequenza, è un disturbo che si colloca in una via di mezzo rispetto ai DP (circa il 2% della popolazione generale), con uguale distribuzione tra uomini e donne. Molti di questi pazienti si sposano e lavorano, per quanto possano diventare depressi o ansiosi se perdono i loro sistemi di supporto. Talvolta, questo disturbo è associato all'avere una malattia o condizione sfigurante. Il disturbo evitante di personalità non è visto di frequente nella pratica clinica; tali pazienti tendenzialmente giungono alla valutazione solo quando sopraggiunge un'altra malattia. Vi è una considerevole sovrapposizione con il disturbo d'ansia sociale.

#### Caratteristiche fondamentali del **disturbo evitante di personalità**

Queste persone sono socialmente inibite, sono marcatamente sensibili alle critiche e si sentono inadeguate. Si sentono inferiori, non attraenti o sgraziati, sono riluttanti al formare nuove relazioni. Tali persone temono così tanto il ridicolo o la vergogna che si fanno coinvolgere dagli altri solo quando possono sapere in anticipo che verranno accettati. Diversamente, si preoccupano di poter essere rifiutati o criticati (o messi in imbarazzo) sul lavoro o in situazioni sociali tanto da evitare nuove attività.

#### **Nota bene**

**Non dimenticare le D:**

- Durata (inizia in adolescenza o intorno ai 20 anni e persiste)
- Diffuso contesto
- Diagnosi differenziale (disturbi fisici e da uso di sostanze, disturbo d'ansia sociale, disturbo paranoide di personalità e schizoide).

## Jack Weiblich

Jack Weiblich si sentiva peggio quando doveva sentirsi meglio. O per lo meno, era ciò che gli aveva detto un suo conoscente degli Alcolisti Anonimi. Una persona gli aveva ricordato che 30 giorni di sobrietà sono un “tempo sufficiente per disintossicare ogni cellula” del proprio corpo. Un'altra persona pensava che lui fosse un “dry drunk” (termine colloquiale usato per descrivere qualcuno che ha smesso di bere, ma che dimostra ancora gli stessi comportamenti alcolici e atteggiamenti, NdT). “Qualunque cosa sia un dry drunk”, osservò Jack più tardi, “quello che so è che dopo 5 settimane senza alcol mi sento male come 15 anni fa, prima non avrei mai avuto una ricaduta. I postsbronza mi entusiasmavano più di questo!”.

Alla età di 32 anni, Jack aveva un lungo elenco di postsbronze tra cui scegliere. La sua prima ubriacatura avvenne quando era alla fine delle superiori. Egli era strano, una sorta di bambino solitario che aveva difficoltà a incontrare le altre persone. Mentre era ancora alle superiori, aveva iniziato a perdere i capelli; ora, con eccezione di sopracciglia e ciglia, era completamente calvo. Jack era inoltre tormentato da una lieve e persistente oscillazione della testa. “Titubanza” disse il neurologo. “Non devi preoccuparti per questo”. La vista delle sue calvizie e della testa oscillante allo specchio ogni mattina sembrava grottesca, anche per lo stesso Jack. Da adolescente, gli risultava quasi impossibile creare delle relazioni; egli era certo che a nessuno potesse essere gradito qualcuno così particolare come lui.

Una sera Jack trovò dell'alcol. “Subito dopo il primo drink, sapevo che avrei desiderato qualcosa di importante. Con due birre in corpo, ho perso la testa. Ho anche chiesto a una ragazza di uscire. Mi ha respinto, ma non mi è importato molto. Avevo trovato la mia vita”. Le mattine seguenti, però, si trovò con la stessa vecchia personalità. Provò per mesi prima di capire quando e quanto poteva bere. Per un periodo di 3 settimane durante il suo ultimo anno di giurisprudenza, quando tornava a essere sobrio scopriva che senza alcol continuava ad avere le stesse vecchie sensazioni di isolamento e rifiuto.

“Quando non bevo, non mi sento triste o ansioso” osservò Jack. “Ma mi sento solo e a disagio con me stesso; avverto che anche le altre persone sentono la stessa cosa nei miei confronti. Penso sia questo il motivo per cui non riesco a farmi degli amici”.

Dopo giurisprudenza, Jack andò a lavorare per un piccolo studio di avvocati specializzati nel diritto d'impresa. Lo chiamavano “La Talpa” poiché trascorrevano gran parte delle sue giornate di lavoro nella libreria di legge a fare ricerche. “Semplicemente non mi sento a mio agio a incontrare i clienti. Non sono mai andato d'accordo con le persone nuove”.

L'unica eccezione al suo stile di vita era la partecipazione al club dei francobolli. Egli ereditò dal nonno una vasta collezione di matrici di stampa. Quando le portò alla Società di Filatelia, pensò che lo avrebbero accolto a braccia aperte e così fecero. Jack continuò a coltivare la collezione del nonno, partecipando agli incontri della società una volta al mese. “Penso di sentirmi bene perché non devo preoccuparmi del fatto di piacergli o meno. Ho una bellissima collezione di francobolli per la quale mi ammirano”.

## Valutazione di Jack Weiblich

I sintomi di Jack erano pervasivi (ne erano profondamente interessati il suo lavoro e la sua vita sociale) ed erano stati presenti abbastanza a lungo (da quando era un adolescente) per delineare un DP. Questi includevano le seguenti tipiche caratteristiche del disturbo evitante

di personalità: il paziente evitava contatti interpersonali (per esempio, con i clienti dello studio legale, criterio A1); si sentiva sgradevole (A6); sebbene si fosse unito al gruppo dei francobolli, egli era sicuro che la propria collezione sarebbe stata accettata (A2); Jack si preoccupava molto del fatto di poter essere rifiutato (A4). Sono necessari solo quattro criteri; le aree cognitiva, occupazionale e interpersonale erano coinvolte nel caso di Jack Weiblich (vedete Caratteristiche essenziali del disturbo di personalità in genere).

Depressione e ansia sono entrambe comuni nei pazienti con disturbo evitante di personalità. Pertanto, è fondamentale indagare i dati relativi a **disturbi dell'umore** e **disturbi d'ansia** (soprattutto il **disturbo d'ansia sociale**) in quei pazienti che evitano il contatto con gli altri. Jack affermò in modo esplicito che non si sentiva né triste né ansioso, ma ammise di fare marcatamente uso di alcolici. Il **disturbo da uso di sostanze** spesso porta un paziente con disturbo evitante di personalità all'attenzione di uno specialista psichiatra.

Sia nel disturbo evitante di personalità sia nel **disturbo schizoide di personalità**, i pazienti trascorrono la maggior parte della propria vita da soli. La differenza, di solito, sta nel fatto che i pazienti con disturbo evitante di personalità sono infelici della loro situazione, mentre le persone con disturbo schizoide di personalità preferiscono tale modalità. Un po' più difficoltosa potrebbe essere la diagnosi differenziale tra disturbo evitante di personalità e **disturbo dipendente di personalità**. (I pazienti dipendenti evitano gli incarichi di responsabilità, come ha fatto Jack.) Notate che la modalità evitante di Jack potrebbe essere legata alle sue duplici particolarità fisiche, la sua calvizie e la testa ondeggiante.

Per quanto Jack presentasse un disturbo da abuso di alcol, il suo curante riteneva che gli producesse difficoltà minori attualmente e che il DP era il reale problema che necessitava di una cura (gli altri clinici potrebbero discutere su questa interpretazione). Questo è il motivo per cui il DP è stato indicato come la sua diagnosi principale. Di certo, egli non è qualificato per nessuno dei fattori modificanti il decorso del disturbo da abuso di alcol, dal momento che è rimasto sobrio solo per 5 settimane (pag. 407); io ritengo che il suo alcolismo sia piuttosto lieve attualmente (e notate che il DP non rientra nel codice del disturbo da uso di sostanze; vedete la Tabella 15.2). Io attribuirei un punteggio alla VGF di 61.

F60.6 [301.82]	Disturbo evitante di personalità
F10.10 [305.00]	Disturbo da uso di alcol, lieve
L63.1 [704.09]	Alopecia universale
R25.0 [781.0]	Oscillazione della testa

## **F60.7 [301.6] Disturbo dipendente di personalità**

I pazienti con disturbo dipendente di personalità avvertono il bisogno di avere qualcuno che si occupi di loro. Dal momento che temono la separazione, il loro comportamento diventa così remissivo e appiccicoso che può portare allo sfruttamento o al rifiuto da parte degli altri. L'ansia cresce se viene loro imposta una posizione di prestigio e si sentono senza speranza e a disagio quando si trovano da soli. A causa del loro tipico bisogno di assicurazione, possono avere difficoltà nel prendere decisioni. Tali pazienti hanno difficoltà nell'iniziare progetti e nello svolgere un lavoro da soli, sebbene possano agire bene sotto l'attenta guida di qualcun altro. Essi tendono a sminuirsi e a essere d'accordo con persone pur sapendo che queste sbagliano. Sono anche in grado di tollerare importanti abusi (addirittura pestaggi).

Nonostante tale condizione sia comune, non è stata ancora ben studiata. Alcuni autori ritengono che sia difficile distinguerla dal disturbo evitante di personalità. Viene riscontrata più di frequente tra le donne che tra uomini. Bud Stanhope, un paziente con un disturbo dell'arousal del sonno non-REM, tipo terrore nel sonno aveva anche un disturbo dipendente di personalità; la sua storia è riportata a pag. 331.

### Caratteristiche essenziali del **disturbo dipendente di personalità**

Il bisogno di relazioni di sostegno porta queste persone ad assumere comportamenti appiccicosi e remissivi e al timore della separazione. Il timore della disapprovazione rende difficile non essere d'accordo con le altre persone; per guadagnare l'appoggio, possono spingersi anche a compiere passi drastici, come assumersi l'onere di compiti spiacevoli. La bassa autostima li trattiene dall'iniziare o dal portare avanti dei progetti in modo autonomo; infatti, essi desiderano che siano gli altri ad assumersi la responsabilità delle loro principali aree di vita. Anche quando devono effettuare scelte banali, necessitano di molti consigli e rassicurazioni. Timori esagerati e non reali di abbandono e l'idea di non essere in grado di prendersi cura di sé li porta a sentirsi senza speranza e a disagio quando sono soli; tali pazienti possono cercare disperatamente una sostituzione alla perdita di una stretta relazione interpersonale.

#### **Nota bene**

**Non dimenticare le D:** • Durata (inizio nell'adolescenza o intorno ai 20 anni e persiste)  
• Diffuso contesto • Diagnosi differenziale (disturbi fisici o da uso di sostanze, disturbi dell'umore e d'ansia, altri DP).

### **Janet Greenspan**

Janet Greenspan, segretaria di una grande compagnia della Silicon Valley, era una delle migliori impiegate di quell'azienda. Non era mai malata o assente ed era in grado di fare qualunque cosa, per quanto non avesse mai avuto alcuna esperienza di contabilità. Il suo supervisore notò che era cortese al telefono, stenografava velocemente e si offriva volontariamente per qualunque cosa. Quando il personale dell'impresa di pulizie entrò in sciopero, Janet si recò ogni giorno sul posto di lavoro per una settimana per pulire i sanitari e i lavandini. Ma, nonostante questo, in qualche modo, lei non era all'altezza.

Il supervisore si lamentava del fatto che Janet necessitasse di troppe indicazioni, anche per semplici cose (come il tipo di carta da utilizzare per stenografare una lettera). Quando le veniva domandato quale *lei* ritenesse essere la risposta, la sua opinione era corretta, tuttavia necessitava sempre e comunque di una guida. Il suo costante bisogno di rassicurazioni causava lo spreco di una considerevole quantità di tempo al supervisore. Questo fu il motivo del suo invio, da parte dal medico dell'azienda, allo psichiatra per una valutazione.

All'età di 28 anni, Janet era una donna snella, attraente e ben vestita. Tra i suoi capelli castani comparivano i primi capelli bianchi. Comparve sulla porta d'ingresso dello studio e

chiese: “Dove preferisce che mi sieda?”. Una volta iniziato a parlare, cominciò subito a parlare della propria vita e del proprio lavoro.

Janet era sempre stata una persona timida e insicura di sé. Lei e le sue due sorelle erano cresciute con un padre che era loro affezionato, ma altrettanto dittatoriale; la loro timida madre sembrava gradire l'amorevole tirannia. Al seno di sua madre imparò bene l'ubbidienza. Quando Janet aveva 18 anni, suo padre improvvisamente morì; nel giro di pochi mesi, la madre si risposò e si trasferì in un altro stato. Janet si sentì desolata e sopraffatta dalla paura. Invece di iniziare il college, trovò un lavoro come cassiera in una banca; subito dopo, si sposò con uno dei suoi clienti. Era un laureato trentenne, ben avviato nel suo campo, che presto si rivelò essere una persona che preferiva prendere le decisioni di coppia da solo. Per la prima volta dopo anni, Janet si sentiva rilassata.

Tuttavia, anche la sicurezza le generava ansia. “Talvolta mi sveglio di notte, domandandomi cosa farei se lo perdessi” disse Janet all'intervistatore. “Questo fa sì che il mio cuore batta all'impazzata e penso che possa scoppiare da quanto batte. Non so se riuscirei a farcela da sola”.

### Valutazione di Janet Greenspan

Janet presentava i seguenti sintomi di disturbo dipendente di personalità: aveva un disperato bisogno di consigli per prendere decisioni banali (criterio A1); desiderava che suo marito prendesse le decisioni di coppia (A2); sopraffatta dalla paura quando suo padre morì e sua madre lasciò la città, si rifugiò in un matrimonio precoce (A7); temeva di essere lasciata da sola a difendersi, anche se non c'erano indizi che ne suggerissero la possibilità (A8). Janet si offrì volontariamente di pulire i bagni dell'ufficio, forse per assicurarsi il favore del resto dello staff (A5). Non ci sono prove che avesse difficoltà a essere d'accordo con gli altri, ma in questo caso i criteri calzerebbero come un guanto. Sono necessari cinque criteri per porre diagnosi. Janet affermava di essere così sin dai tempi dell'infanzia; dalla sua storia, i tratti di carattere presenti sembrerebbero avere coinvolto la vita sia lavorativa sia sociale. Fortunatamente, aveva sposato una persona la cui necessità di responsabilità si combinava con la sua dipendenza. Le aree cognitive, affettiva e interpersonale erano coinvolte (vedete Caratteristiche essenziali del disturbo di personalità in genere).

Il comportamento dipendente si ritrova in molti disturbi psichiatrici che Janet non sembrava avere, incluso il **disturbo da sintomi somatici** e l'**agorafobia**. La persona con psicosi secondaria, chiamata normalmente *folie à deux* (o disturbo psicotico condiviso, ora diagnosticata come **disturbo delirante**), spesso presenta una personalità dipendente. Il **disturbo depressivo maggiore** e la **distimia** sono importanti nella diagnosi differenziale; ciascuna di queste patologie può essere rilevante quando i pazienti perdono le persone da cui dipendono. Anche se Janet presentava tutti i sintomi fisiologici richiesti per un **disturbo d'ansia generalizzata**, non le si dovrebbe formulare tale diagnosi, poiché le sue preoccupazioni erano evidentemente confinate al timore dell'abbandono.

I pazienti con disturbo dipendente di personalità devono essere distinte da quelle con **disturbo istrionico di personalità**, impressionabili e facilmente influenzabili dagli altri (ma Janet non sembra essere in cerca di attenzione). Gli altri DP di solito inclusi nella diagnosi differenziale sono il disturbo **borderline** di personalità e quello **evitante**.

Con un punteggio alla VGF di 70, la diagnosi di Janet risulta semplice:

F60.7 [301.6]

Disturbo dipendente di personalità

## F60.5 [301.4] Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

Le persone con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sono perfezioniste e preoccupate dall'ordine; esse necessitano di esercitare controllo interpersonale e mentale. Tali tratti esistono in modo permanente a discapito dell'efficienza, della flessibilità, della naturalezza. A ogni modo, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità non rappresenta il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) in miniatura. Molti pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità non presentano ossessioni o compulsioni, per quanto alcuni possano eventualmente sviluppare un DOC.

Il rigido perfezionismo di questi pazienti spesso si traduce in indecisione, preoccupazione dei dettagli, scrupolosità e insistenza sul fatto che gli altri debbano comportarsi secondo il pensiero del paziente. Tali comportamenti possono interferire con la loro efficacia al lavoro o nelle situazioni sociali. Altri possono sembrare depressi; tale depressione può crescere e calare, tanto da portarli a ricercare una cura. Talvolta queste persone sono avarie; possono essere dei risparmiatori, possono rifiutarsi di gettare oggetti anche privi di valore di cui non hanno più bisogno. Possono avere problemi a manifestare i propri sentimenti.

I pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sono descritti come persone che ripartiscono male il loro tempo, stacanovisti che devono programmare meticolosamente anche i loro piaceri. Possono programmare le proprie vacanze solo per posticiparle. Resistono all'autorità degli altri, ma insistono sulla propria. Possono essere percepiti come innaturali, rigidi o moralisti.

Questa condizione è forse piuttosto diffusa; la prevalenza in diversi studi condotti in vari centri di ricerca è intorno al 5%. Viene diagnosticata più spesso negli uomini rispetto alle donne e probabilmente è ereditaria.

### Caratteristiche essenziali del **disturbo ossessivo-compulsivo di personalità**

Queste persone sono intensamente concentrate su controllo, ordine e perfezione. Possono essere talmente assorti da dettagli, organizzazione e regole di un'attività che arrivano a perderne di vista la finalità. Tendono a essere rigidi e cocciuti, forse per via del perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti. I pazienti possono essere del tutto coscienti, inflessibili o scrupolosi relativamente a questioni di etica, morale e valori. Alcuni sono stacanovisti; altri non lavorano se le altre persone non fanno le cose secondo la modalità del paziente. Altri ancora possono accumulare oggetti privi di valore; alcuni sono avari con se stessi e con le altre persone.

#### **Nota bene**

**Non dimenticare le D:** • Durata (inizia nell'adolescenza o intorno ai 20 anni e persiste)  
• Diffuso contesto • Diagnosi differenziale (disturbo fisico o da uso di sostanze, DOC, disturbo da accumulo, altri DP).



## Robin Chatterjee

“Lo ammetto: in fatto di ordine sono il non plus ultra”. Robin Chatterjee stava sistemando una piega del suo sari. Nata a Mumbai e cresciuta a Londra, Robin si era laureata in biologia. Ora trascorreva parte del suo tempo a insegnare come assistente di biologia e la restante parte dimenandosi tra le attività del corso di una delle principali università degli Stati Uniti. Guardava fisso l'intervistatore.

Secondo il suo tutor, un uomo un po' severo chiamato Scot MacLeish, che le aveva chiesto di effettuare un colloquio con uno specialista, il problema di Robin non era l'ordine. Era completare il lavoro. Ogni lavoro che lei presentava era magnifico: ogni cosa era riportata, ogni conclusione corretta, nessun errore di ortografia. Egli le aveva domandato perché non potesse consegnarli un po' prima: “prima che i topi muoiano di vecchiaia”. Lei trovò questa affermazione buffa in quel momento, ma la fece riflettere.

Robin era sempre stata una persona ordinata. Sua madre le faceva tenere una piccola lista ordinata di faccende domestiche e l'abitudine rimase. Robin ammise di essere “sommersa dalle liste” tanto che delle volte aveva a stento il tempo per terminare il suo lavoro. I suoi studenti sembravano esserle affezionati, ma molti di loro affermavano di volere che desse loro maggiori responsabilità. Uno disse al dottor MacLeish che Robin sembrava dispiaciuta addirittura di lasciare fare a loro anche le proprie dissezioni; i loro metodi non erano così compulsivamente corretti quanto i suoi, così lei doveva fare le loro dissezioni da sola. Infine, lei ammise anche che quasi tutte le notti le sue abitudini di lavoro la facevano rimanere in laboratorio fino a tardi. Erano passate settimane dall'ultima volta che aveva avuto un appuntamento (o vita sociale). Tale presa di coscienza fu ciò che la spinse a seguire il consiglio del dottor MacLeish e a recarsi in visita da uno psichiatra per una valutazione.

## Valutazione di Robin Chatterjee

Sebbene il prototipo del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sembra calzare piuttosto bene al caso di Robin, potrebbe a stento raggiungere i criteri ufficiali. Robin era una stacanovista e perfezionista (disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, criteri A3 e A2), al punto che tali tratti arrivavano a interferire con l'apprendimento dei suoi studenti. Robin aveva grande difficoltà a delegare il lavoro – anche nel caso delle dissezioni che i suoi studenti dovevano effettuare (A6)! Si fissava così accanitamente sulla lista di cose che talvolta non riusciva a portarle a termine (A1). Aveva sempre avuto questa tendenza durante tutta la vita.

L'umore depresso risulta frequente in queste persone. I disturbi comuni che si dovrebbero ricercare in un paziente con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità includono il **DOC**, il **disturbo depressivo maggiore** e la **distimia**. Robin non era depressa e, a differenza di altri pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, sembrava non avere altri disturbi. Poiché a stento raggiungeva i criteri e il suo funzionamento generale era buono, io le attribuirei un punteggio alla VGF relativamente alto di 70.

## Altre condizioni di personalità

### **F07.0 [310.1] Modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica**

Alcune condizioni mediche possono causare cambiamenti di personalità che vengono definiti modificazioni (di solito, peggioramenti) dei precedenti tratti di personalità del paziente. Se tale condizione medica avviene presto durante l'infanzia, il cambiamento può mantenersi per tutta la vita della persona. Molti casi di cambiamenti di personalità sono causati da lesioni del cervello o da altri disturbi del sistema nervoso centrale, come l'epilessia o la malattia di Huntington; inoltre, risultano talvolta implicate anche malattie sistemiche che interessano il cervello (per esempio, il lupus eritematoso sistemico).

Si possono verificare diversi tipi di cambiamenti di personalità. L'umore può diventare instabile, forse con degli scoppi di rabbia o di sospettosità; altri pazienti possono diventare apatici e passivi. I cambiamenti dell'umore sono particolarmente frequenti nel caso di danni a carico dei lobi frontali dell'encefalo. I pazienti con epilessia del lobo temporale possono diventare marcatamente religiosi, logorroici e mancare di senso dello humor; altri possono diventare marcatamente aggressivi. Le idee paranoide sono altrettanto comuni. La belligeranza può accompagnare gli scoppi di umore, tanto che la valutazione sociale dei pazienti diventa marcatamente compromessa. È necessario utilizzare gli specificatori nelle note di codifica per classificare la natura del cambiamento di personalità.

Se vi è un'alterazione maggiore nella struttura dell'encefalo, tali cambiamenti probabilmente persisteranno. Se il problema origina da un problema chimico correggibile, potrebbe risolversi. Quando gravi, tali alterazioni possono anche portare alla demenza, come avviene talvolta nel caso di pazienti con la sclerosi multipla.

### **Caratteristiche fondamentali della modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica**

Una malattia fisica o una lesione possono causare una modificazione della personalità persistente.

#### **Nota bene**

Rispetto all'atteso modello di sviluppo, i bambini possono andare incontro a un cambiamento di personalità che dura almeno 1 anno.

**Non dimenticare le D:** • Durata (duraturo) • Disagio o disabilità (in ambito lavorativo/scolastico, sociale o personale) • Diagnosi differenziale (delirium, altri disturbi fisici o mentali).

**Note di codifica**

A seconda della principale caratteristica, specificare il tipo:

**Tipo aggressivo**

**Tipo apatico**

**Tipo disinibito**

**Tipo labile**

**Tipo paranoide**

**Tipo diverso**

**Tipo combinato**

**Tipo non specificato**

Utilizzare il nome della condizione medica generale quando si codifica questo disturbo e, inoltre, codificare separatamente la condizione medica.

**Eddie Ortway**

Eddie Ortway, un ragazzo di 28 anni, nacque a Los Angeles, dove era stato allevato dalla madre fino a quando non fu ricoverata (per abuso di droghe e alcol) o arrestata (per prostituzione). I suoi genitori, come Eddie aveva sempre sospettato, non si conoscevano bene.

Eddie evitava la scuola quando possibile e crebbe senza regole di riferimento. Il suo obiettivo principale era quello di imparare a usare i pugni. Dall'età di 15 anni, lui e la sua banda erano stati coinvolti in diverse dispute territoriali. Si era fatto la fama di nemico pericoloso.

Eddie, tuttavia, non era un criminale e la necessità di guadagnarsi da vivere presto lo portò a trovarsi un lavoro. Con scarsa educazione e poca esperienza, trovò delle opportunità presso i fast-food e i lavori di fatica. Talvolta svolgeva più lavori allo stesso tempo. Ma, come riportato in un vecchio attestato di apprendistato, aveva uno "scatenato senso dell'ingiustizia". Sebbene avesse progressivamente interrotto i rapporti con la sua banda, per tutto il periodo dei suoi 20 anni continuò ad affrontare aggressivamente qualunque situazione che sembrava necessitare di un intervento diretto.

Al suo ventisettesimo compleanno accadde una di queste situazioni. Eddie stava consegnando una pizza in un appartamento di un condominio del suo vecchio quartiere, quando vide un adolescente che stava forzando un'anziana donna in un vicolo sotto la minaccia di una pistola. Eddie si fermò davanti e in cambio dei suoi sforzi ricevette una pallottola che gli entrò nella testa passando attraverso l'orbita dell'occhio sinistro e uscendo all'attaccatura dei capelli.

Venne ricoverato in ospedale dopo essere passato dalla sala operatoria, dove i chirurghi gli curarono la ferita. Egli non perse mai coscienza e venne dimesso in meno di una settimana. Tuttavia non fece ritorno al lavoro. L'assistente sociale notò che le condizioni fisiche di Eddie si ristabilirono in un mese, ma egli non "aveva una direzione". Eddie si presentava a ogni colloquio di lavoro programmato, ma l'opinione dei datori di lavoro in modo unanime era che "non sembrava molto interessato a lavorare".

“Ho bisogno di tempo per recuperare” disse Eddie all’intervistatore. Eddie era un ragazzo di bella presenza che iniziava a essere stempiato. Una cicatrice correva lungo il suo cuoio capelluto. “Non penso di essere ancora pronto”.

Stava recuperando da due anni. Quindi giunse al colloquio per cercare di capire il perché. A parte una leggera ptosi della sua palpebra sinistra, il suo esame neurologico era completamente normale. L’EEG mostrava delle onde lente in corrispondenza dei lobi frontali; la RM rivelò l’assenza localizzata di tessuto cerebrale.

Eddie fu sempre collaborante nell’esecuzione delle valutazioni e tutti i medici che lo avevano valutato notarono che era educato e gentile. A ogni modo, uno di questi notò che “c’è qualcosa di meccanico in merito alla sua collaborazione. Egli asseconda, ma non anticipa mai e dimostra poco interesse nelle procedure”.

Il suo umore era nella media e non presentava oscillazioni. Il suo eloquio era chiaro, coerente e pertinente. Negava deliri, allucinazioni, ossessioni, compulsioni o fobie. Quando gli venne domandato che cosa gli interessasse, egli pensò per alcuni secondi e poi rispose di essere interessato a tornare a casa. Ottenne un punteggio perfetto al Mini-Mental State Examination.

Dal tempo della lesione, Eddie ammise di vivere dell’indennità di lavoro e trascorreva molto del suo tempo a guardare la televisione. Non parlava più con nessuno. Quando uno degli intervistatori gli domandò che cosa avrebbe fatto nel caso in cui avesse visto qualcuno rapinato, egli alzò le spalle e disse che pensava che le persone dovrebbero solamente “vivere e lasciare vivere”.

### Valutazione di Eddie Ortway

La storia di Eddie e le valutazioni presentano un’ovvia causa medica generale alla base del suo persistente cambiamento di personalità (criterio A). Notate che fu la fisiologia del trauma al cervello a produrre il cambiamento di personalità di Eddie. Questo è un requisito esplicito (B) per la diagnosi, che non può essere fatta quando un cambiamento di personalità accompagna una condizione medica non specifica quale un grave dolore.

La normale curva di attenzione e l’assenza di deficit di memoria escludevano il **delirium** (D) e il **disturbo neurocognitivo maggiore (demenza)**; a ogni modo, sono richieste valutazioni neuropsicologiche. Un DP come il **disturbo dipendente di personalità** non potrebbe spiegare la condizione di Eddie, poiché il suo comportamento presentava un marcato cambiamento rispetto alla personalità premorbose (ovvero, il modo in cui lui era prima della ferita). Le caratteristiche del cambiamento di personalità di Eddie non erano meglio spiegate da un disturbo mentale indotto da altre condizioni fisiche. Un **disturbo dell’umore** dovuto a un trauma cerebrale poteva essere uno dei diversi possibili esempi.

A parte il trauma cranico, diverse altre cause neurologiche possono causare cambiamenti di personalità. Tra queste vi sono la sclerosi multipla, accidenti cerebrovascolari, tumori encefalici ed epilessia del lobo temporale. Altre cause di cambiamento del comportamento possono somigliare a un cambiamento di personalità, per esempio il **disturbo delirante**, il **disturbo esplosivo intermittente** e la **schizofrenia**. Tuttavia, il cambiamento della personalità di Eddie iniziò in modo improvviso dopo lo sparo e non aveva alcuna storia pregressa coerente con uno dei disturbi menzionati (C). A ogni modo, molti altri pazienti vivono apparentemente cambiamenti di personalità associati a disturbi psichiatrici, inclusa la dipendenza da sostanze.

Il fatto che la condizione di Eddie causasse degli impedimenti in termini sia lavorativi sia sociali completava i criteri (E) necessari alla diagnosi. Nel suo quadro clinico, apatia (e passività) risaltavano come caratteristiche principali. Questa condizione stabiliva il sottotipo di specificatore. Il suo punteggio VGF era uno straziante 55.

S06.330 [851.31]	Ferita aperta da arma da fuoco della corteccia cerebrale, senza perdita di coscienza
F07.0 [310.1]	Modificazione della personalità dovuta a trauma cranico, tipo apatico

## **F60.89 [301.89] Disturbo di personalità con altra specificazione**

### **F60.9 [301.9] Disturbo di personalità senza specificazione**

La discussione presente nel DSM-5 suggerisce che i pazienti con alcuni tratti di certi DP, che non ne soddisfano i criteri diagnostici, potrebbero rientrare in una di queste due categorie. Qui si presenta il mio problema con la strategia da adottare: quando dovremmo etichettare qualcuno che potrebbe essere molto meno compromesso di un tipico paziente con DP. Il mio personale punto di vista è che dovremmo solo annotare i tratti che abbiamo identificate, *non* fare una ferma diagnosi di qualunque tipo essa sia.