

Università degli Studi di Siena
Facoltà di Lettere e Filosofia di Arezzo



Corso di Laurea in Scienze della Formazione e dell' Educazione

Tesi di Laurea:

Diagnosi, Doppia Diagnosi e Disturbi di Personalità

Candidato: Elisa Vagnuzzi

Relatore: Prof. Piero De Domini

Correlatore: Prof. Giovanni Gocci

Anno Accademico 2007 – 2008
Sessione di Laurea Luglio 2008

Dedicata a
mia sorella e a tutte
le persone che mi hanno sostenuto

Sommario

Introduzione

Cap. 1 La Diagnosi	p. 1
1.1. Le basi dell'attività diagnostica.....	p. 2
1.2. I vari tipi di diagnosi in psicologia.....	p. 7
1.3. Normalità e patologia: una distinzione difficile.....	p. 11
1.4. Il problema del criterio.....	p. 12
1.5. Il problema del confine tra salute e malattia.....	p. 20
Cap. 2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.....	p. 23
2.1. DSM-IV-Text Revision.....	p. 26
2.2. Descrizione del DSM-IV- Text Revision.....	p. 29
2.3. Le critiche al DSM-IV-TR.....	p. 35
Cap. 3 La doppia diagnosi.....	p. 44
3.1. Doppia diagnosi e abuso di sostanze nei principali disturbi di personalità.....	p. 46
3.2. Doppia diagnosi e DSM-IV-TR.....	p. 54
3.3. Disturbo Evitante di personalità.....	p. 58
3.4. Concettualizzazione del disturbo Evitante di personalità.....	p. 61
3.5. Disturbo Schizoide di personalità.....	p. 64

3.6. Concettualizzazione del disturbo Schizoide di personalità.....	p. 67
3.7. Doppia diagnosi nei disturbi Evitante e Schizoide di personalità.....	p. 70
3.8. La sovrapposizione dei disturbi Evitante e Schizoide di personalità.....	p. 72
Conclusioni.....	p. 79
Bibliografia.....	p. 82

Introduzione

La mia intenzione in questo lavoro è quella di tracciare un quadro, il più possibile chiaro ed esaustivo, sul problema della doppia diagnosi in ambito psicologico e di fornire delle critiche sulle classificazioni nosografiche. Mi è sembrato opportuno dare subito una definizione di diagnosi, che rimane la base fondamentale del mio lavoro, e spiegare la sua importanza ma anche i limiti che questa può portare nel lavoro del clinico.

Il primo capitolo è interamente dedicato al ruolo della diagnosi in ambito psicologico e psichiatrico, dove analizzo tutte le possibili tipologie di diagnosi utilizzate. Soffermandosi sul problema del criterio da usare e sulla difficoltà di stabilire un confine tra salute e malattia.

Nel capitolo successivo, il secondo, ho parlato del *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, analizzando in dettaglio le parti costitutive di interesse per il tema del mio lavoro, riportando le varie classificazioni nosografiche che gli autori propongono.

Ho riportato anche le varie critiche che sono state mosse al manuale, sia quelle che riguardano la sua struttura che i suoi contenuti, soffermandomi su quelle che riguardano la sua classificazione nosografica.

L'ultimo capitolo si occupa della doppia diagnosi e della sua ampia diffusione in ambito clinico. Ho cercato di analizzare i problemi che insorgono nella formulazione di una doppia diagnosi, riportando anche altre proposte oltre la classificazione nosografica.

Ho posto particolare attenzione alle classificazioni nosografiche che spesso portano alla formulazione di una doppia diagnosi o di una diagnosi provvisoria da parte degli specialisti.

Ho analizzato il problema relativo a un disturbo di personalità in concomitanza all'uso o abuso di sostanze, quindi alla relativa difficoltà di distinguere il disturbo primario da quello secondario e stabilire poi una terapia che sia efficace. Riportando anche degli studi che dimostrano quanto sia frequente il caso della doppia diagnosi in ambito clinico.

Ho poi analizzato in dettaglio due disturbi di personalità, Evitante e Schizoide, per dimostrare come molti fattori si integrano e sovrappongono in modo coerente tra loro. Mettendo a confronto le loro caratteristiche peculiari e i modi in cui il disturbo si manifesta, in base alle classificazioni fornite dall'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, ho potuto osservare come la diagnosi clinica non sia facile e precisa di fronte a soggetti che possono presentare dei sintomi che appartengono anche ad altre categorie diagnostiche.

Con questo ho voluto dimostrare come sia difficile formulare una diagnosi in presenza di certi determinati sintomi che possono essere in comune a due o più disturbi.

In questo lavoro ho voluto fare un'analisi critica delle classificazioni nosografiche in ambito clinico e terapeutico, dimostrare quindi come sia spesso difficoltoso formulare una diagnosi chiara e certa quando si sovrappongono in un paziente dei sintomi che appartengono a più di un disturbo di personalità. L'intenzione è quella di specificare l'importanza della diagnosi, ma anche analizzare i punti che, ancora oggi, si rivelano poco chiari ed esaustivi.

1. La Diagnosi

La diagnosi psicosociale è intesa come una valutazione di ciò che accade durante un'osservazione diretta del soggetto; a grandi linee i due concetti di diagnosi sembrano molto simili, se non addirittura sovrapponibili, ma con una più attenta analisi del concetto di diagnosi in ambito psicosociale si denotano molti punti ancora indefiniti e che comunque le differenziano.

La diagnosi rimane comunque lo strumento primario ed essenziale per poter stabilire quale sia la patologia che presenta il soggetto, ed anche il primo passo per stabilire una terapia efficace.

La diagnosi riveste un ruolo fondamentale come valutazione di un soggetto sia in ambito biomedico che in ambito psicosociale. Nell'area biomedica, la diagnosi viene intesa come atto di identificazione e classificazione di una patologia, si ricorre all'ausilio di test diagnostici, con un'elevata attendibilità, per poter effettuare una corretta diagnosi e una conseguente prognosi e cura.

1.1 Le basi dell'attività diagnostica

Non disponendo di una definizione rigorosa e precisa di diagnosi, dobbiamo intendere l'attività diagnostica nel campo psicosociale come: un insieme di interventi effettuati con molteplici tecniche e metodi, che si situano lungo il percorso che va dall'osservazione all'identificazione della patologia. L'importanza della diagnosi è innegabile, anche per il conseguente trattamento che si andrà a svolgere, per questo deve cercare di essere il più oggettiva e precisa possibile, tenendo conto che si lavora con un individuo che presenta delle alterazioni.

Sono però molto frequenti dei casi dove il soggetto presenta disturbi di somatizzazione che riguardano sia il campo medico che quello psicologico. In questi casi sia gli interventi medici che psicologico-valutativi possono non consentire il raggiungimento di certezze assolute sulla diagnosi e sul trattamento da seguire. L'incertezza della diagnosi rivela appunto la sua complessità e delicatezza. Tradizionalmente, il paziente viene studiato da almeno due punti di vista, quello psichiatrico e quello psicologico.

Il primo intervento, quello psichiatrico, è inserito nell'area biomedica ed è una diagnosi *psicopatologica descrittiva* basata sull'osservazione, somministrazione di test diagnostici, il soggetto poi può essere posto in entità nosografiche, che indicano la presenza di un certo disturbo mentale. La somministrazione di test infatti vuole escludere o includere le cause organiche o stabilirne l'eventuale concomitanza con patologie puramente psicologiche. L'atto diagnostico avviene dunque in un assetto di sospensione momentanea del giudizio, con una processualità di cui il paziente è comunque partecipe ed attivo.

La diagnosi non deve essere interpretata come un'etichetta da applicare al soggetto, ma deve essere vista come l'inizio di un processo strutturato che mira alla risoluzione delle varie problematiche o sintomi presentati. La diagnosi è sicuramente la principale e primaria valutazione del soggetto, risulta molto comoda per gli specialisti, in quanto comunicando tra di loro ed enunciando solo l'etichetta evitano di elencare ogni volta tutte quelle condizioni specifiche in quella data sindrome, ma dal punto di vista pratico e terapeutico è essenziale procedere con metodologie psicologiche per stabilire la migliore terapia e capire a fondo le cause che hanno portato il paziente a presentare quei certi sintomi. In medicina la diagnosi è fondata principalmente sui sintomi, e le cause organiche che hanno portato il soggetto ad avere una certa malattia, poi si procede empiricamente nella somministrazione dei farmaci. In pratica, grazie ai continui progressi della ricerca biologica, il medico esperto definisce la diagnosi ancora prima di aver effettuato ulteriori analisi, proprio perché

le malattie organiche rispondono al criterio dell'oggettività: a dati sintomi corrispondono certe cause e quindi date cure, a prescindere dal soggetto.

In campo psichico questa procedura è assolutamente valida, perché sono i sintomi psichici ad essere espressione di un'organizzazione molto complessa del soggetto, ma capire, interpretare e curare i sintomi è solo l'inizio del processo diagnostico. Spesso le cause della sofferenza non risiedono in un evento attuale acuto ma risiedono proprio nella dimensione temporale passata, nella costituzione genetica; è proprio su queste sorgenti che bisognerebbe intervenire con i vari approcci e trattamenti. Fare una diagnosi corretta è la condizione primaria per la pianificazione di un trattamento efficace.

Nell'ambito della psicologia clinica la diagnosi è il momento di incontro e di conoscenza con il soggetto, non ci si limita alla catalogazione del disturbo psichico, ma si deve prendere in considerazione più fattori: la dinamica individuale, i deficit, le funzioni adattive, con lo scopo di comprendere la personalità e il disagio dell'individuo in vista di un eventuale trattamento.

La diagnosi clinica si configura come uno scambio interattivo durante il quale lo psicologo acquisisce una conoscenza globale dell'individuo. Quindi lo scopo principale del processo diagnostico è l'identificazione della patologia, ma anche la comprensione unitaria dell'individuo attraverso l'integrazione di vari fattori: psicologici, biologici e sociali. La soggettività dell'individuo è la parte centrale del processo diagnostico, più accurata e precisa sarà l'attenzione ai fattori interni ed esterni, e più la formulazione diagnostica e la pianificazione del trattamento potranno avere successo. La diagnosi mira a conoscere in maniera approfondita la vita e i trascorsi personali del paziente: in diagnosi il soggetto porta se stesso. E' la complessità dell'oggetto di studio che rende necessario integrare vari approcci oggettivi e soggettivi alla diagnosi, e porre particolare attenzione a tutte quelle variabili come il contesto storico, sociale e politico cioè in una prospettiva che si può definire biopsicosociale. Una diagnosi che non consideri tutte queste variabili, appare più una procedura formale, che un metodo in grado di tener conto della natura complessa della sofferenza psicologica.

Secondo la definizione della psicologa Nancy McWilliams " le persone e le patologie sono molto più complesse e stratificate di quelle che la psichiatria descrittiva e la psicologia potranno mai evidenziare e, senza l'arte del clinico, la scienza del nosografo è un'interpretazione esile e inconsistente della condizione umana" (McWilliams, 2002).

Quindi la diagnosi psicologica non può essere definita in base ai suoi contenuti poiché vi sono tanti contenuti non omogenei quanti approcci che si dispiegano in un ampio ventaglio che va dall'incontro

all'identificazione di una patologia. La diagnosi psicologica si fonda su tre punti: la clinica, la professionalità e la formazione.

Il primo punto è costituito dalla clinica, intesa come osservazione di fenomeni all'interno di una relazione professionale. L'osservazione in quanto tale deve essere clinica perché compiuta dentro la relazione professionale e in un luogo apposito, in un tempo prestabilito. È importante che lo specialista che effettua il colloquio clinico sia consapevole che il paziente può recarsi da lui per spontanea volontà, accompagnato da altri oppure perché inviato da operatori sanitari, ma in ogni caso sarà il suo referente, quindi lo specialista deve offrire al paziente assoluto rispetto.

Il secondo punto è la professionalità, il paziente chiede di essere osservato o viene inviato in osservazione perché la persona che fornisce il servizio ha acquisito una adeguata e specifica capacità. La diagnosi non è mai standardizzata ma va programmata caso per caso, in base alle caratteristiche e al tipo di soggetto che ho di fronte. Se il paziente arriva già con una diagnosi precedente sarà importante seguirla e prenderne atto, ma sempre in modo critico, approfondendo le varie dinamiche.

Il terzo e ultimo punto è costituito sulla formazione. Per formazione non si intende solo qualcosa di strutturato su di un modello, psicoanalitico o cognitivista, ma si intende soprattutto un processo di sviluppo che consente l'integrazione delle conoscenze del settore, le esperienze cliniche maturate sul campo, l'aggiornamento permanente. Senza questo processo integrato di formazione non potrà mai esistere professionalità nella diagnosi psicologica e, di conseguenza nemmeno l'osservazione clinica sarà dotata di precisione e di senso.

Possiamo quindi concludere dicendo che la diagnosi psicologica non è una semplice descrizione della patologia, ma un insieme di informazioni documentate che vanno supportate dalla descrizione coerente dell'individuo in tutta la sua interezza e complessità, per saper poi formulare un progetto terapeutico individualizzato, perché la diagnosi non è un'etichetta permanente ma può mutare nel tempo.

L'inclusione del paziente in una certa categoria diagnostica è molto importante ed utile, ma sarebbe estremamente riduttivo e impreciso fermarsi solo alla classificazione nosografica, anche perché come spiegheremo in seguito, tale classificazione può presentare non poche difficoltà.

1.2. I vari tipi di diagnosi in psicologia

In ambito psicologico per poter effettuare una corretta e precisa diagnosi globale, che comprenda ogni ambito e dimensione dell'individuo, bisogna indagare quattro dimensioni con l'aiuto del colloquio clinico con il paziente test psicologici strutturati. Il colloquio psico-diagnostico, soprattutto le prime sedute, saranno di cruciale importanza per la successiva diagnosi e per la relazione che si instaurerà con il paziente.

- *Diagnosi clinico-psichiatrica*: è la diagnosi ortodossa, che parte dalla psichiatria biologica organicista. Coincide con la prassi diagnostica più generale in medicina, quindi con l'ausilio di test per verificare ed eventualmente escludere cause organiche alla base della patologia. Tale diagnosi è un processo complesso ed articolato che richiede una conoscenza ben precisa della teoria, della clinica e delle metodologie: è un atto dovuto e necessario ogni qual volta si intraprende un processo terapeutico. La diagnosi è possibile solo sulla base di una precisa nosologia che non è solo fondata su teorie psicologiche e psicomodinamiche, ma soprattutto su un approccio operativo.

Essa si fonda sul metodo della valutazione e della classificazione dei sintomi, tende ad inquadrare il caso e la malattia di cui soffre il paziente. Tale classificazione avviene con il sussidio di appositi manuali come il DSM, che raggruppa i disturbi mentali su base teorica e nosografica. Questa diagnosi prevede di organizzare principalmente una cura farmacologica e medica, con l'intenzione di far "sparire" la malattia. Tutto questo si spiega con la concezione aprioristica che la sofferenza psicologica è solo l'effetto di una qualsiasi patologia legata all'organo encefalico o del sistema nervoso. Si tende a risistemare la neurochimica in modo puramente medico.

- *Diagnosi psicologica-storica*: è la procedura, per mezzo della quale, lo specialista insieme al paziente tendono a cercare e trovare tutti gli antecedenti che possono aver avuto un ruolo di causa nel disturbo che si è presentato. Questi antecedenti vanno intesi non solo come eventi traumatici, ma anche come elementi normali che hanno caratterizzato il

clima familiare ed extrafamiliare dove l'individuo è stato immerso e che ha integrato negli anni evolutivi. La cultura in cui si nasce contribuisce alla costruzione di tutti i nostri costrutti psicologici, quindi un'approfondita anamnesi familiare e della cultura di appartenenza diventano essenziali per riuscire ad entrare in contatto e a capire il paziente.

Il professionista per poter fare questo tipo di diagnosi conoscitiva si serve di varie tecniche e test, come: il colloquio con domande, così si può arrivare a capire il grado di correlazione che c'è tra il paziente e le altre persone, i suoi stili di pensiero e la specifica tipologia dell'ambiente dove è nato e cresciuto, lo stile di attaccamento con i genitori. In questo tipo di diagnosi il clinico si serve soprattutto del colloquio orale, con domande libere per dare la possibilità al paziente di potersi raccontare ed esprimere.

- *Diagnosi clinico-psicologica*: è la prassi che tende a valutare il soggetto complessivamente, andando oltre il quadro sintomatico che presenta. La valutazione comprende l'indagine di due aspetti specifici: l'organizzazione dell'assetto cognitivo della persona, cioè i contenuti e il suo stile di pensiero sulla realtà, come la interpreta. Poi la dimensione decisionale e comportamentale, cioè l'organizzazione mentale della persona nel decidere e anche quando deve gestire le sue emozioni.

Questo tipo di diagnosi include anche un'attenta valutazione degli aspetti ereditari o genetici del paziente, per tentare di trovare delle possibili cause che possano determinare la sintomatologia che presenta. Come si può vedere la diagnosi clinico-psicologica va molto oltre una diagnosi sintomatica che si basa solo su classificazione nosografica dei vari sintomi. Qui si include la diagnosi dei sintomi, ma integrata con valutazioni complesse che trascendono la patologia, e considerano il paziente nella sua unicità, nella sua storia di vita e individualità.

- *Diagnosi psico-sociale*: è una diagnosi situazionale, che si coordina con la diagnosi storica della famiglia del soggetto. E' la prassi socio-psicologica che tende ad ipotizzare i collegamenti fra cose e come sente il paziente, considerando anche lo scenario situazionale. Attraverso l'uso

di colloqui orali si cerca di capire l'organizzazione ambientale del soggetto, sia attuale che passata. Come interpreta la realtà e come reagisce a tutti gli input che provengono dal tessuto sociale. Bisogna partire dall'assunto che ogni individuo nasce e cresce in un preciso contesto ambientale e sociale, e che questo produce nel soggetto degli schemi adattivi, usi e consuetudini per interpretare il mondo che lo circonda. In una diagnosi è comunque molto importante che sia inclusa anche la dimensione sociale del soggetto, il mondo circostante e la sua interpretazione del tessuto sociale, risulta molto utile per capire l'organizzazione mentale e la sua personale interpretazione della realtà.

1.3. Normalità e patologia: una distinzione difficile

A prima vista può sembrare scontato che ci sia una condizione patologica distinta da quella di normalità, è diffusa anche la convinzione che sia abbastanza facile stabilire quando si è nella normalità e quando si è nell'anormalità, quindi individuare chi sta bene e chi sta male.

Nell'ottica comune lo psichiatra e lo psicologo sono sempre in grado di dire se una manifestazione è normale o se la persona soffre di qualche disturbo, in realtà le cose non sono così semplici, e la distinzione tra chi è sano e chi presenta una patologia clinica è difficile, sia per lo specialista che tanto più per le persone comuni.

Varie ricerche sulle opinioni e giudizi di psicologi e psichiatri hanno dimostrato che non esiste ancora uniformità di vedute, non solo si inquadra in modo diverso gli stessi casi, ma variano anche le concezioni di fondo e i principi base per distinguere la patologia dalla normalità (Beck, Wilson, Meyer, 1962).

Risulta importante citare il contributo dello psichiatra francese Bergeret, che sostiene che non esisterebbe una struttura di personalità patologiche, ma ognuna di esse può, in un determinato momento della vita, scompensarsi dando luogo ad una patologia psichica. L'autore scrive che "la malattia mentale viene designata quando una struttura si scompensa, e i meccanismi difensivi non riescono più ad assicurare la protezione, quell'equilibrio interno. Sono gli accadimenti esterni ed interni della vita che stimolano un'eventuale risposta patologica" (Bergeret, 1974).

1.4. Il problema del criterio

Tradizionalmente vengono adoperati vari criteri per stabilire se un individuo è nella normalità o presenta comportamenti o uno stile di personalità con disturbi. Non esiste ancora un criterio universale adottato dai professionisti del settore, anche se spesso ci si riferisce al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, in breve DSM, ma tutt'oggi sono presi in considerazione anche altri criteri diagnostici.

Oltre che al DSM, troviamo l'*International Classification of Diseases*, in acronimo ICD, proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S). Il manuale rappresenta la classificazione statistica delle malattie e dei problemi sanitari correlati. L'ICD è ormai arrivato alla sua decima edizione, uscita nel 1992, dove sono elencati in maniera sistematica la nomenclatura delle diagnosi e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, a ciascun termine è associato un codice alfanumerico. I due manuali hanno avuto ampia diffusione a livello mondiale, ma non sono totalmente contrapposti: la classificazione dell'ultima edizione del DSM uscita nel 2001 contiene anche le appendici alfanumeriche proposte dall'ICD-10. Questo dimostra che abbiamo una certa coesione di significati e concetti tra i due manuali. Di seguito si espongono 6 criteri sui quali ci si può basare per accingersi a fare una diagnosi, ciascun criterio presenta dei vantaggi ma nessuno risulta pienamente soddisfacente.

1. *Criterio statistico*. Se misuriamo una caratteristica psicologica o un comportamento negli individui di una popolazione, otterremo una distribuzione di tipo gaussiano, che si avvicina alla curva ideale di Gauss. La forma complessiva è “a campana” perché i valori medi della caratteristica misurata sono più frequenti e rappresentativi di una popolazione. Invece i valori ai due estremi, i minimi e i massimi, risultano poco frequenti rispetto alla media.

Stando al criterio statistico, un fenomeno psicologico sarebbe da considerarsi normale se rientra nell'area centrale della curva di Gauss, patologico o comunque non frequente se si colloca ai due estremi della curva. Quindi con questo criterio ciò che è normale è comune nella popolazione, mentre ciò che è raro diventa anormale. Questo tipo di interpretazione diventa utile nei test e nella loro interpretazione, ma si deve anche capire che la normalità statistica non sempre coincide con la normalità psicologica. Esistono sindromi cliniche che non sono affatto rare e non si collocano ai margini della curva gaussiana, questo è riferito soprattutto a quelle patologie o stili di personalità, come la Depressione Minore che investe una gran parte della popolazione. Chi si colloca ai

marginari della curva risulta comunque un soggetto non nella media, ma questo non significa che sia presente una patologia. Pensiamo, per esempio, alla misurazione del Q.I. nella popolazione, chi ottiene un punteggio particolarmente alto si colloca al margine della curva, ma questo non rappresenta una condizione di patologia o malattia, al contrario sono condizioni di superiorità o eccellenza.

Quindi l'utilizzo del criterio statistico può essere usato per interpretare i risultati dei test ed è sicuramente il modo migliore per farlo, ma con molta attenzione perché non esiste un giudizio universale di interpretazione, ogni specialista che si appresta ad interpretare dei risultati statistici deve porre attenzione.

2. *Criterio socio-culturale.* Un sistema per stabilire che cosa è normale e cosa esce dalla normalità è basarsi sulle norme della società e della cultura dove l'individuo vive. Spesso si considera sana una persona che si conforma alle aspettative, ai modelli culturali, che si integra bene con gli altri. Viene invece considerato malato che è socialmente disadattato alle consuetudini sociali e non si uniforma alla media. Il criterio socio-culturale ha sicuramente un fondo di verità, solitamente chi porta un disagio psicologico lo rispecchia anche nella vita quotidiana, ma non si deve credere che il disagio sociale vada di pari passo con la malattia mentale, ci sono delle persone chiaramente malate ma che si conformano dalle regole sociali perché riescono a mascherare i disagi psicologici che hanno. Quindi si può dire che l'ambiente socio-culturale in cui ciascuno vive determina il modo in cui si esprime la patologia, può sia aggravarla che renderla più lieve. Lo studio approfondito, in sede clinica, della cultura e delle consuetudini in cui il soggetto è nato e ha vissuto risulta sicuramente molto importante ed utile per poter effettuare una diagnosi corretta: non ci si può basare esclusivamente su osservazioni sommarie, senza indagare il passato e anche la cultura familiare in cui un soggetto è nato ed è vissuto. Lo specialista dovrebbe anche porre attenzione alla problematica psicologica che ha spinto il soggetto alla consultazione: dal disagio, al sintomo e al comportamento disadattivo che si è evidenziato. In oltre lo specialista deve sempre tener conto dalla realtà culturale dalla quale proviene il soggetto, in molte culture e subculture sono sicuramente incoraggiati certi comportamenti o manifestazioni a discapito di altri. Anche nell'ultima versione del DSM si considera l'aspetto culturale di ogni paziente, il clinico prima di poter fare una diagnosi deve comunque verificare se la manifestazione di quel comportamento risulta abbastanza tipica nella cultura di provenienza del soggetto.

3. *Criterio professionale.* Consiste nel considerare soggetti con deficit tutti quegli individui che si sono sottoposti a valutazione esperta e a cui è stato rilevato un qualsiasi disturbo mentale. Al contrario si ritiene sano colui a cui non è stata rilevata alcuna patologia mentale. Questo criterio, oltre che dalla gente comune, è ritenuto valido anche da operatori sociali o pedagogici, che condividono passivamente l'etichetta data al soggetto, sfuggendo ad altre considerazioni professionali. Ma anche qui possiamo rilevare che non sempre la diagnosi è corretta, lo stesso caso può avere interpretazioni diverse e pareri discordanti. L'assunto primario è che lo specialista deve sempre tener conto che la fase di approfondimento diagnostico implica comprendere il problema e saperlo poi collocare nel contesto del soggetto. Più o meno implicitamente ogni paziente chiede sollievo dal suo disagio. Se, ad esempio, al soggetto viene fatta una diagnosi e poi dal clinico passa ad una struttura privata per essere seguito e curato, tutti gli operatori che verranno a contatto con lui non dovrebbero accettare la diagnosi come un'etichetta, ma fare comunque delle osservazioni personali e altre valutazioni che possono essere sfuggite al clinico.

Quindi utilizzare il criterio professionale e la diagnosi stessa non come un'etichetta permanente e accettata acriticamente da tutti, ma essere in grado di poter fare osservazioni nuove. Questo potrebbe migliorare anche la stessa terapia a cui è sottoposto il paziente.

4. *Criterio utopico.* Questo criterio parte dal presupposto che la normalità di ciascun individuo si ha quando il grado di salute è ottimale. Con questa prospettiva si ribaltano tutte le statistiche e si può osservare che le persone davvero sane sono poche, perché esistono molti soggetti che vivono in una condizione adattata, cioè accettabile ma non certamente buona o ottimale e poi ci sono sempre quelli che mostrano vistosamente la loro patologia. Già in Freud si poteva rintracciare il criterio utopico "la salute è finzione ideale per ragionare di psicopatologia" (Freud, 1901).

Questo concetto è stato poi ripreso dagli psicologi di orientamento umanistico che auspicavano alla salute come lo stato in cui l'individuo si realizza al meglio. Indipendentemente dalle varie correnti di pensiero, questo criterio risulta compatibile con l'idea della psicologia odierna: promuovere la salute anziché curare solo le malattie, quindi l'uso di tale criterio risulta importante per effettuare una diagnosi efficace.

5. *Criterio sintomatico-descrittivo.* Questo criterio si concentra sulle manifestazioni patologiche, cerca di classificare i vari sintomi e comportamenti del soggetto in maniera obiettiva e oggettiva. Di solito

vengono etichettati come patologici tutti quei comportamenti fuori dal comune, che interferiscono con il normale svolgimento delle attività quotidiane, tutte le manifestazioni emotive inappropriate. Se si tengono presenti tutti questi criteri descrittivi non risulta molto difficile individuare cosa sta nella norma e cosa devia dalle consuetudini e sconfina nell'area patologica. Il soggetto viene così collocato nosograficamente all'interno di una categoria patologica.

Il criterio sintomatico-descrittivo sta alla base dell'impostazione psichiatrica e degli psicologi di orientamento comportamentista, dove si preferisce ridurre al minimo le varie teorie e correnti di pensiero, per privilegiare un approccio che si attiene ai fatti osservabili. Si evidenzia l'interesse per un profilo complessivo, che permetta allo specialista di mettere in relazione il sintomo con le istanze della personalità. Sarebbe importante differenziare e portare alla luce gli aspetti più stabili e consolidati del soggetto e poi agire per correggere o modulare gli aspetti patologici.

6. *Criterio personale.* Un altro modo per tentare di stabilire la normalità o meno di un individuo è quello di basarsi su criteri puramente soggettivi. Questo non è un vero criterio scientifico ed oggettivo, è sicuramente molto più usato tra la gente comune che tra gli specialisti, che si devono basare sull'oggettività e la scientificità. Può accadere che se una persona comunica che sta bene allora anche per noi questo soggetto starà bene, ma è chiaro che non tutti dichiarano di provare sofferenza psichica. In questo caso possiamo parlare anche del concetto di auto-diagnosi: se un soggetto comunica agli altri che sta bene e non ha particolari problemi e la sua comunicazione non verbale e il suo comportamento non lo disconfermano, allora anche noi osservatori esterni concludiamo che il soggetto sta bene. Spesso accade proprio il contrario, cioè un soggetto nega addirittura a se stesso di avere dei problemi, di conseguenza questo criterio risulta poco esaustivo e molto impreciso, lo specialista attento può invece riconoscere la sofferenza psicologica anche se il paziente dichiara di stare bene. Quindi in certi casi l'intuito personale può aiutare a capire certe situazioni di disagio, ma dovrebbe essere utilizzato solo da persone non specializzate; il clinico deve basarsi su dati e fatti oggettivi per poter effettuare una corretta diagnosi e portare avanti una terapia che sia scientifica e corretta. Con ciò possiamo concludere che il criterio personale non è un vero e proprio criterio, soprattutto se dobbiamo effettuare una diagnosi che sia scientifica ed oggettiva.

Analizzati tutti questi sei criteri, possiamo evidenziare come sia particolarmente difficile poter stabilire con certezza assoluta se un individuo sia normale o affetto da qualche disturbo psichico.

Chiaramente per la gente comune è quasi impensabile stabilire se un individuo è sano, perché si giudica conoscendo molto sommariamente il caso e attenendoci a degli standard socio-culturali o soggettivi, che però sfuggono dalla scientificità. Questo si può identificare nel problema del *relativismo culturale*, in quanto certi atteggiamenti o forme di consuetudini sono accettate e condivise in un certo ambiente, mentre sono considerate inopportune o sbagliate in altri.

Ma il problema dell'identificazione di un soggetto sano oppure malato si presenta anche per gli specialisti del settore, non è problematico solo fissare i criteri di valutazione ma anche rintracciare un netto confine tra le due condizioni. Questo si verifica soprattutto in presenza di disturbi minori, che si collocano in via intermedia tra il benessere psichico e le gravi patologie: questo è il fenomeno degli *stadi intermedi*, che è emerso verso la metà del '900. E' probabile che siano sempre esistiti dei disturbi minori, ma mascherati dalle persone perché in passato la mentalità era meno sensibile alle problematiche psicologiche, il diverso era comunque additato come "strano" e le persone trascuravano, finché possibile, i disagi e non cercavano aiuti esterni. A meno che il disturbo psicologico non fosse estremamente grave si tendeva a nascondere, pensiamo solo all'aumento dell'uso degli psicofarmaci negli ultimi cinquant'anni e a tutte le persone che si rivolgono ad uno specialista per chiedere aiuto.

1. 5. Il problema del confine tra salute e malattia

Tra normalità e patologia esiste una vera e propria *continuità evolutiva*, spesso il paziente stesso, i familiari e le persone vicine si meravigliano molto di un'improvvisa e drammatica crisi che colpisce dopo anni di benessere. In realtà gli specialisti sanno che la storia di una persona contempla abitualmente alti e bassi, momenti di maggiore felicità e stabilità accanto a momenti critici. In questi momenti il soggetto riesce però a mantenere un equilibrio tra il sé e il mondo sociale che li circonda, ma poi in certi momenti non si riesce a mantenere più questo equilibrio. Quindi l'integrità psichica non è scontata per nessuna persona, sia che si tratti di gravi patologie ma anche che si tratti di patologie minori. Sorgono allora spontanee delle domande come per esempio: i disturbi psicologici sono particolari stili di vita che derivano dal rapporto con l'ambiente? Oppure sono geneticamente determinati? Molti orientamenti erano e sono ancora oggi convinti che i disturbi mentali non sono determinati da costruzioni psicologiche sottostanti, ma sono i sintomi osservabili ad aver bisogno di essere curati, perché è appunto il sintomo che crea problemi di disadattamento. Questa prospettiva tende a curare i sintomi con il ricovero e con la somministrazione di farmaci, è un'ottica prettamente medica ma che appartiene anche al Comportamentismo, dove si indagavano solo i comportamenti e i sintomi visibili senza occuparsi delle cause mentali. Tra le critiche più importanti a questo modello ci sono quelli di psichiatri e psicologi che seguono la corrente umanistica, come Maslow e Rogers. Questi autori sostenevano che la mera diagnosi, se da un lato chiarisce qualcosa, dall'altro porta ad impoverire la comprensione dell'esperienza del soggetto, perché ci si concentra solo sulla sua malattia, disumanizzando il paziente. Il solo controllo dei sintomi può far perdere di vista aspetti essenziali come il suo trascorso, la sua sofferenza di non vedersi più come "quello di prima". Questa linea di pensiero si intensificò ancora di più intorno agli anni '60 e '70 e si diffuse in tutto il mondo come un movimento anti-psichiatrico, che voleva porre come nodo essenziale della questione non tanto i sintomi ma quanto il contesto socio-culturale in cui ciascuno è immerso fin dalla nascita, l'etica e il pensiero che nasce da una persona, la gestione delle sue emozioni. Attualmente questa corrente, che era nata in risposta al modello medico di malattia mentale, si è sicuramente molto attenuata ma si rimane d'accordo nel credere che sia assolutamente essenziale porre massima attenzione al soggetto nella sua complessità, come portatore di una sofferenza che va inscritta e contestualizzata nell'insieme della personalità. Non è che si deve svalutare la diagnosi e il suo ruolo, che

comunque risulta essenziale, ma unire la classificazione nosografica ad altre indagini, molto più accurate ed approfondite che vadano ad indagare sulla vita reale del soggetto, perché il sintomo in se stesso è solo la manifestazione. Alla base del sintomo possono trovarsi moltissime situazioni non correttamente elaborate, sia nel passato immediato sia nel vissuto più lontano di un soggetto. Quindi bisogna sia curare i sintomi per un benessere immediato del paziente, ma poi andare a curare e dare supporto a tutto quello che il sintomo ha portato alla luce. Questo è il concetto di diagnosi corretta e scientifica, che dovrebbe essere sempre svolta da qualsiasi specialista.

Nell'ambito psicologico e psichiatrico si riconosce che lo stesso processo diagnostico non può essere disgiunto dal processo clinico, di cui il terapeuta e il paziente sono parte integrante e non sono scindibili.

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, indicato abitualmente con la sigla di DSM, è stato pubblicato in più versioni, dall' American Psychiatric Association (APA), consiste in una classificazione nosografica, teorica, assiale dei disturbi mentali. La nosografia è la descrizione sistematica delle malattie, allo scopo di classificarle e di diagnosticarle. L'obiettivo degli autori del DSM è rendere attendibili le diagnosi, e di mettere a punto nuovi sistemi classificatori ed un glossario rinnovato delle malattie mentali, E' il frutto di un lavoro collettivo che ha coinvolto numerosi esperti, diversi per competenze e orientamento. Ogni sezione è stata affidata ad un gruppo di lavoro di composizione eterogenea, per evitare le critiche già mosse per la prima edizione che recriminava agli esperti di provenire solo da una nazione.

Il primo criterio seguito è quello della chiarezza di linguaggio, cercando di formulare concetti espliciti e coerenti: "una terminologia ufficiale deve poter essere applicabile in molti contesti diversi" (Manuale dei Disturbi, p. 1). Poi il criterio di carattere descrittivo, quindi partire da una descrizione accurata di ogni malattia mentale e proporre una diagnosi polidimensionale, che valuti il paziente da più prospettive. Il DSM riporta per ogni disturbo: le caratteristiche diagnostiche, le manifestazioni e i disturbi associati, l'incidenza statistica.

Nel 1952 uscì la prima edizione del manuale, il DSM-I, che rappresentò un progresso significativo nella scienza psichiatrica, in quanto sintesi di varie metodologie diagnostiche e un nuovo linguaggio. Il manuale suddivise i disturbi di personalità in cinque grandi categorie: disturbo della struttura di personalità, disturbo dei tratti di personalità, sociopatia, disturbo reattivo di personalità e disturbi di personalità reattivi alla situazione.

Il DSM-II esce nel 1968, ed eliminò tutti i sottotipi delle categorie della precedente edizione, e ridusse notevolmente i disturbi di personalità, ma la classificazione era abbastanza sommaria e imprecisa e non si faceva distinzione tra i disturbi basati sui sintomi e i disturbi di personalità veri e propri.

Nel 1980 fu pubblicato il DSM-III, esso è considerato il vero spartiacque dei sistemi diagnostici e categoriali. Nella terza edizione ci sono contributi determinanti provenienti dalla psichiatria biologica, le neuroscienze e la moderna farmacologia. Nel DSM-III sono stati elencati gli undici disturbi di personalità: antisociale, evitante, borderline, ossessivo-compulsivo, dipendente, istrionico, narcisista, paranoie, schizoide, schizotipico e passivo-aggressivo; e li colloca in tre raggruppamenti: eccentrici, drammatici-teatrali e ansiosi.

Nel 1987 esce la versione aggiornata il DSM-III-R (revised), dove si poteva rintracciare una più consistente variabilità e attendibilità dello strumento diagnostico, anche per le maggiori basi empiriche rispetto alle edizioni precedenti. La versione del 1987 mantenne invariata la classificazione già fatta rispetto ai disturbi di personalità, si aggiungono solo due nuovi disturbi di personalità: auto-frustrante e sadico. La quarta versione il DSM-IV esce nel 1994, in Italia l'anno successivo. Questa edizione risulta molto diversa dalla precedente: l'opera ha visto partecipi più di mille persone tra professionisti e organizzazioni professionali, proprio per dare maggiore attenzione alle problematiche legate al genere sessuale e alle variabili culturali. La quarta edizione ha proposto un nuovo disturbo di personalità, quello Depressivo, e sono stati eliminati i disturbi auto-frustrante e sadico.

2.1. DSM – IV - Text Revision

Nel 2001 esce la quarta versione del DSM IV Text Revision, ed è quella attualmente in vigore, il numero complessivo degli specialisti che hanno contribuito alla stesura è di oltre mille persone. Rispetto all'edizione precedente essa fornisce sia nuove diagnosi sia modifiche, anche significative dei vari criteri diagnostici. In generale è stato completamente rivisto il capitolo sui disturbi mentali dell'infanzia, è stato dato maggior spazio ai Disturbi Affettivi e aggiunto un glossario "delle sindromi culturalmente caratterizzanti".

L'approccio che contraddistingue l'attuale metodologia diagnostica nel DSM-IV TR è quella categoriale, è possibile formulare la diagnosi per un disturbo di personalità soltanto se vengono soddisfatte o superate certe soglie; di solito i criteri da soddisfare sono quattro o cinque, a seconda del tipo di disturbo, in una lista che contiene da 7 a 11 criteri. La soglia da superare per rientrare in una certa categoria viene definita cut-off.

Il manuale, secondo gli autori, dovrebbe essere:

- *nosografico*: i sintomi sono descritti a prescindere dal vissuto del singolo e sono valutati secondo delle statistiche sulla popolazione.
- *ateorico*: non si basa su nessun tipo di approccio teorico.
- *assiale*: raggruppa i disturbi di personalità su 5 assi, al fine di semplificare e indicare una diagnosi standard
- *statistico*: i sintomi e i disturbi sono trattati come dati frequenziali.

Il sistema multi-assiale, su cui si basa il DSM-IV-TR, è organizzato in 5 assi:

- *Asse I*: Disturbi Clinici, patologie clinicamente significative, come i disturbi dello sviluppo e dell'apprendimento.
- *Asse II*: Disturbi di Personalità e ritardo mentale, dove sono presi in considerazione le caratteristiche dell'individuo come persona dotata di intelligenza, affettività, socialità, indipendentemente dal loro rilievo clinico.

- *Asse III*: Condizioni mediche generali, ovvero malattie organiche che possono influire sugli aspetti psicologici del soggetto e che sono utili per il clinico al fine della diagnosi.
- *Asse IV*: Fattori Psicosociali ed Ambientali, il grado di adattamento dell'individuo al suo ambiente e come l'ambiente ha influito e influisce sulla psiche del soggetto. Sono tutte le varie problematiche che possono indurre un disturbo mentale.
- *Asse V*: Scala GAF, che valuta il "funzionamento globale" del soggetto, è una scala di valutazione numerica che va da 0 a 100. L'uso di questa scala viene fatto nel momento diagnostico, ma può essere ripetuta anche nei momenti successivi. Si tratta di una valutazione dimensionale, i valori più bassi indicano condizioni negative, mentre i valori alti indicano la mancanza di sintomi.

Nella pratica clinica, ci si focalizza maggiormente sull'Asse I e II, mentre l'Asse III e IV vengono utilizzati solo in presenza di particolari condizioni, come le condizioni di stress e in genere situazioni che richiedono uno sforzo di adattamento. L'Asse V risulta raramente usata per la sua genericità, è usata per capire come l'individuo è in grado di sostenere gli impegni psicologici, relazionali e sociali che la vita normalmente propone.

Nel DSM-V previsto per il 2010, si pensa che l'Asse V sarà del tutto eliminata o comunque sostituita da un'altra scala di valutazione.

2.2. Descrizione del DSM - IV - Text Revision

La definizione di Disturbo Mentale secondo il DSM-IV-TR è la seguente: *“ un sintomo o un modello comportamentale e psicologico che sia clinicamente significativo, che si presenta in un individuo, ed è associato a disagio, a disabilità, ad un aumento significativo del rischio di morte o a un’importante limitazione della libertà...è la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica dell’individuo”*.

Il DSM è uno strumento di diagnosi descrittiva dei disturbi mentali, il suo approccio è quello di applicare la relativa stabilità dell’analisi descrittiva dei sintomi di patologie mediche all’universo dei disturbi mentali. Questo manuale raccoglie attualmente più di 370 disturbi mentali, descrivendoli in base alla prevalenza di determinati sintomi. Di solito il DSM richiede, ad ogni specialista che deve effettuare un’analisi, un periodo minimo di presenza dei sintomi per poter effettuare una diagnosi precisa e rigorosa, per qualche disturbo si parla di alcuni mesi. Per ciascun disturbo mentale è stata fatta una descrizione del cosiddetto “funzionamento generale”, che allude alle strategie di gestione psichica ed ambientale dell’individuo, a grandi linee, ed un elenco di comportamenti sintomatici o stili di gestione delle emozioni ed altri aspetti della vita psichica. Generalmente il DSM richiede un *cut-off*, cioè un numero minimo di sintomi osservabili, in media sono tre o quattro su dieci, di modo che il paziente rientri in una determinata categoria di disturbo mentale. Questo criterio rappresenta una delle maggiori critiche mosse al manuale, che vedremo in seguito.

Oltre che come supporto diagnostico e terapeutico, il DSM è utilizzato anche per la costruzione di questionari psicologici o per valutare l’idoneità ed esercitare di uno psicologo in formazione. In Italia una delle prove per l’Esame di Stato prevede la descrizione di un caso clinico, e si valuta seguendo i criteri del manuale. Questo dimostra la grande diffusione, a livello mondiale, del DSM. Nel manuale, per capire e diagnosticare un disturbo di personalità, sono prese in considerazione molte variabili soggettive per capire come e perché si è originato il disturbo.

Nel DSM sono prese in considerazione 12 caratteristiche che definiscono il disturbo di personalità:

- *Eventi scatenati*: eventi, caratteristiche, situazioni che hanno dato inizio a quella risposta disadattiva che quindi si rispecchia nelle situazioni sociali, nello stato emotivo e cognitivo del soggetto.
- *Stile comportamentale*: il tipico modo di reagire della persona all'evento scatenante.
- *Stile interpersonale*: il caratteristico modo di relazionarsi con gli altri.
- *Stile di attaccamento*: è il pattern relazionale adulto che riflette il legame emotivo tra genitore e bambino; questo influenza la regolazione affettiva, lo sviluppo dell'autoriflessione, la gestione dell'emotività.
- *Stile cognitivo*: il modo di percepire e di pensare ad un problema e ideare una soluzione.
- *Stile emotivo*: il modo in cui il soggetto risponde ai diversi tipi di affetto e l'intensità delle relazioni che instaura.
- *Temperamento*: è l'innato pattern di risposta riflesso nel livello di stabilità emotiva, tempo di risposta, energia. E' come il filtro della personalità e le emozioni vengono percepite ed espresse.
- *Visione di sé*: è la concezione personale che il soggetto ha di se stesso, sono incluse l'autovalutazione delle proprie abilità, il valore personale, le potenzialità e gli obiettivi che il soggetto si pone.
- *Stile parentale*: è l'implicita o tacita aspettativa genitoriale su come deve essere il figlio, su come si deve comportare, le aspettative.
- *Schemi disadattivi*: sono i temi relativi alla visione che il soggetto ha di sé, del mondo. Gli schemi nascono, si sviluppano e si cristallizzano durante il corso della vita, si manifestano nella prima infanzia e si sviluppano ulteriormente in età adulta.
- *Visione del mondo*: è la concezione e la valutazione che il soggetto ha sviluppato nei confronti della vita, delle persone e sui valori sociali e personali.

- *Criterio diagnostico ottimale secondo il DSM-IV-TR*: è il criterio più utile secondo gli autori per la diagnosi di un disturbo di personalità. Questo criterio si basa su caratteristiche come: la prototipicità, cioè avere un'elevata correlazione con la somma di tutti i criteri di quel disturbo, e anche un' appropriata descrizione comportamentale e un elevato valore predittivo, cioè che il soggetto abbia i criteri del disturbo target.

ASSE I: disturbi clinici e altre condizioni mediche generali che possono essere oggetto di attenzioni cliniche

- Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'Infanzia, nella Fanciullezza o nell'Adolescenza (escluso il Ritardo Mentale, che viene diagnosticato sull'Asse II)
- Delirium, Demenza, Disturbi Mnestici e altri Disturbi Cognitivi
- Disturbi Mentali dovuti ad una Condizione Medica Generale
- Disturbi correlati a sostanze
- Schizofrenia ed altri Disturbi Psicotici
- Disturbi dell'Umore
- Disturbi d'Ansia
- Disturbi Somatoformi
- Disturbi Fittizi
- Disturbi Dissociativi
- Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere
- Disturbi dell'Alimentazione
- Disturbi del Sonno
- Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove
- Disturbi dell'Adattamento
- Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica

ASSE II: Disturbi di Personalità

- Personalità Eccentriche, Spettro Schizofrenico (Cluster A)

- Schizoide
- Schizotipico
- Paranoide

- Personalità Drammatiche, Spettro Psicopatico (Cluster B)

- Antisociale
- Narcisistico
- Istrionico
- Borderline

- Personalità Ansiose, Spettro Nevrotico (Cluster C)

- Ossessivo-Compulsivo
- Evitante
- Dipendente

ASSE IV: problematiche che possono essere sia causa sia conseguenza di disturbi mentali, o che costituiscono un aspetto rilevante della vita attuale del soggetto

- Problemi con il gruppo di supporto principale (famiglia)
- Problemi legati all'ambiente sociale
- Problemi di istruzione (incluse difficoltà scolastiche)
- Problemi lavorativi
- Problemi abitativi
- Problemi economici
- Problemi di accesso ai servizi sanitari (anche in senso oggettivo come carenza di questi ultimi)
- Problemi legati all'interazione con il sistema legale/criminale (anche nel senso di essere vittima dei reati)
- Altri problemi psicosociali e ambientali

2.3. Le critiche al DSM-IV-TR

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali rappresenta sicuramente un passo avanti, perché offre a esperti di diverso orientamento un terreno comune di intesa, consentendo di dialogare e di superare, almeno nella diagnosi le tante concezioni di psicopatologia e psicoterapia.

Il DSM è stato definito negli ultimi anni *La Bibbia della Psichiatria* visto il larghissimo numero di psichiatri, medici e psicologi che lo utilizzano come principale riferimento per la propria attività clinica e di ricerca. Soprattutto nel mondo anglosassone è considerato lo strumento più attendibile per la diagnosi dei disturbi mentali.

Ma la sua grande diffusione ha chiaramente portato anche diverse critiche alla sua struttura e ai criteri usati. Non a tutti gli specialisti sembra uno strumento adeguato per valutare la situazione clinica di una persona, molti hanno addirittura messo in discussione la sua validità e credibilità scientifica, criticando il metodo scientifico e i gruppi di lavoro alle spalle del DSM. Lo psichiatra americano A. Kirk, dell'Università della California, sostiene che: “ci sono ampie ragioni per concludere che le ultime versioni del manuale come strumento clinico di classificazione sono inaffidabili e dunque di dubbia validità” (Kirk, 2006).

Si possono elencare di seguito le critiche più significative rivolte al DSM.

1) *Approccio ateorico*. Per gli autori del manuale il punto di forza è la mancanza di teorie psicologiche e psicoanalitiche nella descrizione e classificazione delle patologie. Si voleva rendere il DSM uniforme, attendibile ed utilizzabile da tutti.

Ma la critica a questo approccio scelto sostiene che l'assenza di teorie non consente di capire a fondo i casi e quindi di poter fare piani di intervento adeguati. Con la diagnosi multiassiale, il manuale cerca di evitare il rischio di tenere in considerazione solo pochi modelli psicopatologici, che darebbe al DSM un taglio povero e limitato. Ma per approfondire la complessità dei disturbi di personalità occorre un'enorme conoscenza di teorie psicologiche che nel manuale non appaiono. La critica è che sembra più uno strumento di comunicazione alle masse, che

abbia voluto mettere tutti d'accordo, più che un manuale che comprende la casistica. Gli autori si sono concentrati solo sulle descrizioni osservabili e oggettive dei vari disturbi, ignorando solide basi teoriche. Quindi si delinea un ostacolo all'approfondimento psicologico delle situazioni, mentre sarebbe molto importante avvalersi, sempre in modo critico, delle numerose teorie e orientamenti che hanno studiato ed individuato i disturbi di personalità.

2) *Pianificazione del trattamento*. Per formulare un piano di trattamento adeguato e d'efficace, il clinico necessita di svariate informazioni riguardo al paziente esaminato. In psichiatria il primo passo decisionale per la prescrizione terapeutica è spesso legato alla diagnosi nosografica, questo risulta un problema, perché l'attuale classificazione del DSM è di tipo sindromico e non eziopatologico. Ne deriva, perciò, che il trattamento da seguire possa causare molte incertezze.

Nel DSM-IV-TR sono indicati molti approcci al trattamento di un determinato disturbo: psicoterapia individuale, psicoterapia ricostruttiva, approccio interpersonale, terapia familiare, terapia di gruppo, test psicologici, trattamento farmacologico e via dicendo. Si rivela essenziale avvicinarsi al paziente con svariati tipi di trattamenti per cercare di risolvere prima e meglio possibile il disturbo.

Ma la critica mossa al manuale contesta i troppi trattamenti, che comunque non garantiscono l'efficacia e il successo. Ampliando ancora la critica si può dire che le tante tipologie descritte vorrebbero cercare di mettere in accordo i tanti orientamenti esistenti in ambito psicologico, senza però fornire con chiarezza un approccio efficace. Diciamo quindi che non è stato raggiunto un accordo tra gli autori del DSM, che hanno elencato tutti i possibili trattamenti da seguire, compreso quello farmacologico, lasciando ogni specialista libero di seguire un protocollo, ma senza niente di sicuro.

3) *Categorie Non Altrimenti Specificate*. Gli autori hanno indicato per ogni classe diagnostica almeno un Disturbo non Altrimenti Specificato, definito con l'acronimo di NAS. Nel manuale vengono collocati tutti quei disturbi che presentano incertezza sull'eziologia, per esempio si colloca in categoria NAS tutte quelle patologie in cui non si riesce a determinare se il disturbo sia primario, indotto da sostanze oppure dovuto ad una condizione medica generale.

Sotto il profilo NAS si colloca anche quando non è possibile completare la raccolta dei dati, oppure le informazioni sono incoerenti o contraddittorie, ma comunque sufficienti per l'inclusione del paziente in una particolare classe diagnostica; per esempio il clinico può rilevare che il soggetto presenta sintomi psicotici, ma non ha sufficienti dati per

diagnosticare uno specifico Disturbo Psicotico. Un altro caso per una diagnosi NAS si presenta quando non si riesce a raggiungere il cut-off di soglia diagnostica o i sintomi sono atipici.

Altro caso dove il paziente è collocato in una categoria NAS è la presenza del sintomo o di un comportamento disadattivo che si manifesta per poco tempo. Generalmente secondo il DSM-IV-TR una certa manifestazione di sintomi diviene considerata patologia quando si prolunga nell'arco di 6 mesi o oltre. Spesso capita che il soggetto manifesti i sintomi per brevi periodi, anche solo un mese, ma che ancora non si sono risolti. Così il clinico colloca il soggetto nella categoria NAS per poter effettuare maggiori verifiche sulla patologia che presenta il soggetto. Chiaramente si nota che, ancora oggi, non sono state individuate correttamente molte patologie e che non si riesce a collocarle dentro a specifiche categorie. Quando non si riesce a raggiungere la soglia del cut-off significa che il soggetto non è affetto da quel disturbo o che è affetto dallo stesso ma in modo più lieve? Queste sono le domande a cui anche gli autori del DSM non sono riusciti a dare una risposta soddisfacente, la creazione della stessa categoria NAS dimostra che c'è ancora incertezza sulla coesistenza di certi sintomi, come scrivono direttamente gli autori del manuale: “per la diversità delle presentazioni cliniche è impossibile che la classificazione diagnostica preveda qualsiasi situazione possibile” (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 1994, p. 18).

4) *Dimensione etica.* Un'altra critica riguarda direttamente la dimensione etica del DSM, intaccando di conseguenza anche la credibilità scientifica dell'opera. Quasi la metà degli psichiatri che hanno partecipato alla stesura del manuale ha avuto rapporti economici con delle società farmaceutiche, molti di loro hanno lavorato tra il 1989 e il 2003 come ricercatori o consulenti per tali società. Si tratta soprattutto degli psichiatri che hanno curato la sezione dedicata ai Disturbi dell'Umore e sulle Psicosi.

Tutto questo è riportato su un'indagine di alcuni studiosi statunitensi, pubblicato sulla rivista *Psychotherapy and Psychosomatics* (Cosgrove, Schneider, 2006), che ha avuto ampia diffusione a livello mondiale. Nell'articolo viene sostenuto, e anche dimostrato da statistiche, che proprio in quegli anni si è registrata una forte impennata nelle vendite di alcuni farmaci.

La critica diventa ancora più forte quando viene sostenuto il tema delle “malattie finte” ovvero disturbi creati ad hoc per incrementare la vendita degli psicofarmaci, l'esempio riportato nell'articolo è del Disturbo dell'Attenzione che veniva curato in poco tempo con l'uso di un eccitante del sistema nervoso centrale, il Ritalin. Gli autori dell'articolo

hanno accusato gli autori del DSM di abbassare il cut-off della soglia diagnostica per includere più soggetti possibile in quella certa categoria e quindi di poter curare il soggetto in poco tempo e con successo grazie al farmaco.

5) *Limiti dell'approccio categoriale.* Nel DSM-IV Text Revision è stata effettuata una classificazione categoriale che suddivide i disturbi mentali sulla base di set di criteri con caratteristiche descrittive. Tutti i componenti di una classe diagnostica sono omogenei tra loro e ci sono limiti netti e ben definiti tra le varie categorie, sono appunto definite mutuamente esclusive. L'approccio categoriale viene detto prototipico: i pazienti sono classificati in base alle somiglianze che presentano con una certa categoria, per la diagnosi non è richiesta che siano presenti tutti i criteri elencati, ma solo un certo numero. Come scrive Chiappero nel suo libro "a mio parere i DSM, soprattutto il III e il IV, hanno sicuramente accelerato quella tendenza della psichiatria e della psicopatologia a trasformarsi sempre più in nosografia. Il rischio è di fare del DSM una sorta di lista dei disturbi" (Psicopatologie e processo diagnostico, 2006, p. 35).

Se da una parte questo tipo di classificazione categoriale si rivela utile e apporta dei vantaggi, dall'altro rappresenta quasi una forzatura perché nella realtà non esistono limiti netti tra disturbi mentali, c'è un continuum tra di essi e la salute mentale.

La critica a questo approccio è stata condotta da Dunner (Dunner et al. 2004), che sostiene l'importanza del giudizio clinico, ma avverte che è possibile fare una diagnosi anche se non sono presenti tutti i fattori che includono il paziente in una certa categoria. Infatti anche all'interno della stessa categoria si possono trovare casi dove varia la tipologia dei sintomi e il livello di gravità del disturbo.

Gli autori stessi del DSM dicono di usare il manuale in modo molto flessibile e critico, senza seguire alla lettera le classi diagnostiche, avere dei sintomi non significa il dover essere posto in una delle categorie in modo automatico e nemmeno non incluso se i sintomi sono atipici o non si raggiunge il cut-off. Fare una diagnosi e usare le categorie indicate nel DSM è solo il passo iniziale per una valutazione completa, e utilizzare solo l'approccio categoriale risulta molto limitante.

E' stato quindi proposto un approccio dimensionale (Oldam e Skodol, 2000), cioè distribuire le malattie secondo variazioni quantitative relative alla gravità del disturbo, alla personalità, alla cognizione. Tale approccio trasforma le categorie vigenti, i criteri dimensionali corrispondono al numero dei criteri che devono essere soddisfatti da un soggetto. Così si effettua una mappatura del paziente su tutti i dieci disturbi di personalità: a questo punto se vengono soddisfatti da uno a tre criteri si considera la

presenza di tratti di personalità se, invece, i criteri vanno da quattro a cinque la diagnosi sarà di disturbo di personalità. Come si può vedere nella tabella 1 sono messi a confronto lo stile di personalità Borderline e il disturbo di personalità Borderline, questo appunto si colloca lungo un continuum dove all'estremità si trova lo stile e dall'altra il disturbo. Sicuramente gli autori del manuale hanno scelto un approccio categoriale per semplificare il più possibile l'atto diagnostico, e può sicuramente risultare utile per quei pazienti che presentano i sintomi tipici di quella patologia. Ma osservando meglio ci accorgiamo che l'approccio categoriale risulta poco efficace per tutti quei soggetti che non presentano i sintomi tipici di quel disturbo, che non raggiungono il cut-off per rientrare in una certa categoria. Anche per i pazienti che soffrono sporadicamente o in misura minore di certe patologie e sono così collocati nella categoria NAS.

Quindi anche questa critica mossa al manuale risulta fondata, ed abbassa la validità dell'intero sistema diagnostico, invece il sistema dimensionale riduce il rischio di applicare etichette diagnostiche e facilita la classificazione di casi al confine tra diverse categorie. Il deficit che si può imputare all'approccio dimensionale riguarda la problematicità nella pratica clinica quotidiana. Ancora oggi non si è riuscito ad individuare un sistema diagnostico empiricamente valido ed idoneo per comodità e capacità classificatoria.

Le critiche riportate non vogliono annullare l'importanza che il DSM ricopre, risulta comunque un manuale molto utile e che può facilitare la diagnosi di certe patologie. Ma bisogna interpretare ed essere critici rispetto alla classificazione proposta, come abbiamo visto esiste molta labilità tra i confini dei vari disturbi di personalità e la loro elevata comorbilità. Quindi l'utilizzo del manuale è sicuramente auspicabile, ma con le dovute precauzioni e accorgimenti per poter fare una diagnosi e l'intervento sul soggetto che sia preciso e scientifico e sfugga all'incertezza e all'indeterminazione.

Nella quinta edizione del DSM, prevista per il 2010, gli autori cercheranno di rispondere a molte delle critiche che si sono accumulate intorno al DSM-IV-TR, e di porre maggiore attenzione ai Disturbi mentali "sotto-soglia", cioè tutti quei casi in cui il soggetto non raggiunge pienamente il cut-off per fare una diagnosi di Disturbo di Personalità.

3. La Doppia Diagnosi

Il termine *Doppia Diagnosi* o *Dual Disorder* sta ad indicare una sindrome caratterizzata dalla presenza di due o più disturbi psichiatrici, che coesistono nel solito momento o comunque insorgono dopo poco tempo l'uno dall'altro.

Il termine Doppia Diagnosi è stato proposto dai due psichiatri statunitensi De Leon e Solomon per indicare la coesistenza di un grave disturbo mentale e di un altro disturbo minore (De Leon, Solomon, 1989). La possiamo definire ulteriormente con un'altra definizione, di due autori Vella e Aragona “ si definisce doppia diagnosi quando nel paziente coesistono entità cliniche distinte” (Vella, Aragona, 1998). Dal punto di vista clinico non sempre risulta agevole discriminare con esattezza il disturbo primario da quello che insorge successivamente. Per poter fare una corretta diagnosi bisogna sapere che: la diagnosi principale è la condizione che, dopo la valutazione, viene ritenuta responsabile del ricovero; questo rappresenta il centro dell'attenzione del successivo trattamento.

Secondo gli autori del DSM per poter fare una corretta diagnosi in presenza di alcuni disturbi di difficile interpretazione, si deve sempre individuare il Disturbo Primario e distinguerlo dagli altri. Quando in un soggetto si presenta un Disturbo dell'Asse I ed altri sintomi non particolarmente specifici, il disturbo primario sarà identificato in quello dell'Asse I, oppure anche in presenza di disturbi sia in Asse I che in Asse II si dirige la diagnosi primaria sul disturbo dell'Asse I. I rimanenti disturbi vengono poi elencati in ordine di importanza e insorgenza per aiutare il trattamento ed integrarne altri. Come scrivono gli autori del DSM-IV-TR “I Disturbi di Personalità vengono classificati sull'Asse II, quando il quadro comportamentale di un individuo soddisfa i criteri per più di un Disturbo di Personalità, il clinico dovrebbe elencare tutte le relative diagnosi in ordine di importanza” (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 2001, p. 731).

E' molto importante che il clinico individui il disturbo primario, ma anche che sappia identificare il grado di intensità del disturbo secondario, per poter orientare la terapia. Spesso, quando non risulta

chiara la diagnosi primaria, il clinico fa uso di una *Diagnosi Provvisoria*, per esempio quando non sono soddisfatti tutti i criteri diagnostici e non si raggiunge la soglia del cut-off, oppure quando insorgono due disturbi e risulta molto difficile distinguere quello primario e si necessita di più tempo e maggiori informazioni per poter effettuare una diagnosi precisa ed attendibile.

E' stata proposta anche un'altra ipotesi; che la presenza di due o più disturbi non sia assolutamente correlata, ovvero che non esiste dipendenza tra essi, ma insorgono distintamente. Questa ipotesi è stata però molto criticata e non trova riscontri nelle ricerche e nei dati statistici, è stato ormai ampiamente dimostrato che la doppia diagnosi esiste, ed è sempre in maggior aumento. Sempre nell'ambito del concetto di doppia diagnosi possiamo parlare del caso in cui sia presente un disturbo primario di Asse I o II associato all'uso o abuso di sostanze stupefacenti, alcool o farmaci, questo si definisce *comorbidità*.

3.1 Doppia Diagnosi e abuso di sostanze nei principali Disturbi di Personalità

Nel caso specifico per doppia diagnosi si intende una situazione in cui c'è concomitanza, o comorbilità, tra una condizione di tossicomania e un disturbo psichiatrico. Il problema principale della doppia diagnosi è il rapporto che si crea tra le due patologie, perché il problema della tossicomania e di malattia psichica si influenzano reciprocamente, creando dei quadri clinici anche molto complessi.

Nella pratica clinica della doppia diagnosi ci si trova di fronte al dilemma relativo al preciso inquadramento diagnostico, è il medesimo problema che si riscontra nella doppia diagnosi che riguarda i disturbi psichiatrici e il loro relativo trattamento. Sono numerosi gli studi che dimostrano la relazione tra disturbi psichiatrici e abuso/dipendenza da sostanze. Ricerche condotte sul territorio nazionale, indicano una percentuale che si aggira intorno al 40% di soggetti affetti da una patologia che fanno uso contemporaneo di sostanze, che in molti casi è diventato cronico (Piani, Carta, Rudas et al, 1991).

Il quadro clinico che si delinea è quindi molto più complesso di una semplice sovrapposizione dei singoli disturbi correlati tra loro; diventa molto difficile separare con precisione e certezza la sintomatologia da attribuire al disturbo psichiatrico e quella data dall'uso di sostanze; le manifestazioni della doppia diagnosi finiscono per costituire una malattia a se stante, rendendo anche molto difficoltoso il relativo trattamento da seguire.

L'uso stesso di sostanze, anche se non esiste una patologia psichiatrica riscontrabile, può indurre sintomi simili ad un disturbo psichiatrico, il che può determinare errori diagnostici e terapeutici. Oppure può essere difficile distinguere i sintomi collegati al disturbo psichiatrico da quelli collegati all'uso di sostanze, anche per le numerose implicazioni fisiopatologiche che ne possono derivare. Risulta quindi essenziale saper individuare con chiarezza il disturbo psichiatrico primario e le possibili correlazioni con l'abuso di una sostanza.

In questo caso dobbiamo distinguere due possibili situazioni:

- *disturbo psichiatrico come diagnosi primaria che porta all'assunzione e abuso di sostanze.*
- *disturbo psichiatrico indotto dall'uso cronico di sostanze.*

Nel primo caso abbiamo come disturbo primario un disturbo di personalità o una sindrome psichiatrica, cioè quando la patologia psichiatrica compare per prima e solo successivamente, con il cronicizzarsi di essa, si passa all'assunzione di sostanze come alcool, droghe o farmaci. E' la presenza di un disturbo psichiatrico che rende il soggetto più predisposto all'assunzione di sostanze. Risulta essenziale capire anche se l'uso della sostanza sia occasionale o abitudinario, in che dosi è presa e se l'assunzione è quasi periodica o solo al manifestarsi di certi stati comportamentali.

Molti autori, soprattutto statunitensi sostengono la teoria della *self-medication*, ovvero con l'insorgenza del disturbo primario il soggetto inizia ad assumere sostanze stupefacenti, alcool o farmaci proprio per arginare il problema e i sintomi. Il contatto con la sostanza è l'evento con cui l'individuo apprende le sue proprietà auto-terapeutiche nei confronti del disagio psichico: il soggetto tende quindi a curarsi da solo assumendo la sostanza o le sostanze per attenuare la patologia che presenta.

Quindi la dipendenza dalla sostanza è una complicazione dello stato psicopatologico del soggetto, quello che è definito il suo disturbo primario. Esisterebbe così un disagio psichico rispetto al quale la sostanza ha un virtuale effetto terapeutico.

Oltre alla teoria della self-medication, c'è un altro approccio: il ricorrere all'abuso di sostanze da parte di soggetti con un disturbo psichiatrico dimostra una maggiore vulnerabilità legata ad una "debolezza strutturale", il paziente non riuscendo a far fronte a tutte le normali richieste dell'ambiente circostante, inizia ad usare in maniera più o meno frequente una sostanza, per cercare di essere maggiormente reattivo e non sentire il peso della responsabilità. Un disturbo di personalità porta, in genere, ad assetti depressivi o psicomaniacali, povertà nelle relazioni interpersonali, carenza nel controllo degli impulsi; capire tutte queste dinamiche e variabili può essere la chiave d'accesso alla comprensione della dipendenza da una sostanza e le sue molteplici complicazioni.

La posizione generale è che non esiste un disturbo di personalità preciso per incontrare anche una diagnosi di comorbilità per uso di sostanze, risultano essere più frequenti i disturbi del cluster B, in percentuale:

Borderline 5-65%, Antisociale 12-64% e Istrionico 13-55% (Abuso di sostanze e condotte criminali, 2004, p. 22).

Ma abbiamo indici significativi anche per gli altri disturbi di personalità, ad esempio in un'altro esperimento condotto da Rogier si rileva che fino al 50% dei pazienti con una diagnosi di schizofrenia sviluppano un tipo abuso di sostanze, incluso l'alcool e farmaci (Rogier et al., 2000).

Nel secondo caso troviamo come diagnosi primaria di tossicodipendenza, o definita dal DSM Disturbo Correlato da Sostanze. Questa è una diagnosi comportamentale e non clinica, viene considerata clinica quando insorge un danno organico a carico delle funzioni psichiche del soggetto. In questo caso abbiamo di fronte un Disturbo Persistente Indotto da Sostanze, che deve essere inquadrato e trattato in maniera del tutto separata rispetto ad un disturbo puramente psicologico. Vi è un rapporto accertato tra l'assunzione di sostanze e il successivo manifestarsi di una patologia psichiatrica, può accadere che la sospensione della sostanze dovuta alla disintossicazione, faccia regredire o addirittura sparire la sintomatologia. Inoltre, in tutti i casi in cui l'uso di sostanze diventa cronico, subentrano altri fattori nel mantenimento del comportamento tossicomane come: patologie conflittuali, esperienze legali o giudiziarie, fattori socio-ambientali, disturbi di personalità. Secondo Antonello Bellomo, docente di psichiatria all'università di Foggia: "il riscontro nel tossicomane sono le relazioni precarie e deficitarie, un'identità instabile e scarsamente coerente, comportamenti sociopatici, frequenti atti impulsivi e coinvolgimento in attività criminali" (Bellomo, 2000).

Come è riportato nel DSM-IV-TR: "è spesso difficile determinare se la sintomatologia sia indotta da sostanze, cioè se sia la conseguenza fisiologica diretta dell'intossicazione, o astinenza da una sostanza, dall'uso di medicinali o dall'esposizione ad una tossina" (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 2001, p. 23).

L'intervento terapeutico avrà in primo piano la disintossicazione del soggetto, mentre come piano collaterale la risoluzione del disturbo psichiatrico.

Sono stati individuati tre modelli distinti per poter trattare la doppia diagnosi associata all'abuso di sostanze:

- *Modello Sequenziale*: prima si tratta il disturbo considerato più grave o acuto, rimandando ad un successivo momento il disturbo considerato secondario. In questo caso le équipe curanti sono diverse e non agiscono in concomitanza tra loro. Il problema più evidente di questo modello di

trattamento è la mancata interazione tra le varie parti, il paziente viene “rimpallato” da una struttura all’altra, incontrando numerose difficoltà.

- *Modello Parallelo*: le due distinte équipes curanti, per le Tossicodipendenze e per la Salute Mentale, operano contemporaneamente, instaurando due trattamenti diversi e separati, ognuno focalizzato sui rispettivi campi di competenza. In questo caso possono nascere problemi legati alla poca comunicazione tra le due parti curanti, anche la loro diversa formazione e il diverso approccio terapeutico può portare all’insuccesso. Il paziente può essere confuso dai due trattamenti concomitanti e dalle varie strutture e persone che andrà ad incontrare.
- *Modello Integrato*: la presa in carico di un paziente con doppia diagnosi è fatta da un’unica équipe specializzata in questo settore, competente nel trattamento dei disturbi da dipendenza e dei disturbi mentali. In questo caso il paziente riceve una spiegazione coerente sulla sua malattia ed una prescrizione terapeutica coerente, piuttosto che un insieme di persone diverse che interagiscono con lui.

Risulta evidente che il modello Integrato è il più completo ed efficace. I trattamenti effettuati in tale ottica mirano a ridurre i conflitti tra le varie équipes, eliminano le difficoltà del paziente di dover seguire due diversi programmi terapeutici con modalità e approcci anche molto diversi. Nel settore clinico il concetto della doppia diagnosi ha destato, in questi anni, un particolare interesse: si è capito che è impossibile stabilire un intervento efficace senza diagnosi. Ma il rischio che si corre con un paziente che presenta una doppia diagnosi è quello di inviarlo continuamente da specialisti diversi, senza capire realmente quale sia la diagnosi primaria e dove debba collocarsi la competenza per la cura. Ma si può comunque affermare che la condizione psicopatologica correlata all’uso di sostanze, e viceversa, finisce per intrecciarsi e una può dipendere dall’altra, in maniera quasi inscindibile.

Da uno studio condotto a cavallo tra gli anni ’60 e ’70 in setting psichiatrici, si è dimostrato una rilevante prevalenza tra disturbi mentali

nella popolazione dei tossicodipendenti abituali, era esente solo il 15% dei pazienti presi in cura dai Ser.T. (Rosemberg, Sheppard et al, 1969-1972).

Citando un'altra ricerca avvenuta in Italia, si rileva che nelle Comunità Terapeutiche private e nei Ser.T. i pazienti con tossicodipendenti da alcool o stupefacenti presenta anche una diagnosi di comorbilità dal 30 al 50% sull'Asse I e dal 42 al 60% sull'Asse II (Clerici, Pozzi, 1997). E' doveroso citare anche un'altra corrente di pensiero che si è delineata negli ultimi anni del 1990. Questa teoria sostiene che la relazione che si instaura tra un disturbo psichiatrico e la comorbilità da uso di sostanze non sia rilevante e che nella maggior parte dei casi sia addirittura fittizia o casuale. Per i sostenitori di questo filone di pensiero bisognerebbe concentrarsi solo sulle specifiche diagnosi e trattare separatamente il decorso della tossicodipendenza e il disturbo psichiatrico, in quanto non esiste correlazione tra i due. Ovviamente questa teoria e la sua metodologia di trattamento è stata quasi completamente smentita, è evidente da dati statistici e dall'osservazione che la doppia diagnosi sia molto frequente e anche la dipendenza da sostanze e un disturbo mentale compaiano spesso e molte volte uno è strettamente legato all'altro. Come abbiamo poi dimostrato un modello che curi separatamente le due diagnosi risulta essere fallimentare e dispersivo. I dati statistici sopra citati sono risultati importanti e non sono da trascurare, perché evidenziano sia la necessità di affinare gli strumenti utilizzati per fare diagnosi, sia il bisogno di clinici ed operatori esperti che collaborino insieme data l'alta incidenza del fenomeno della comorbilità. Concludendo possiamo sostenere che la sempre più crescente sovrapposizione tra disturbi da uso di sostanze e disturbi di personalità, è data dalla difficoltà di poter ricostruire insieme ai pazienti la loro storia di vita sotto il profilo psichiatrico e tossicologico. L'intervento terapeutico deve tener conto di alcuni aspetti importanti che riguardano innanzitutto una valutazione diagnostica che utilizzi strumenti psicodiagnostici mirati, oltre che a mezzi mirati di verifica dei risultati. Il trattamento dovrebbe essere sempre integrato, e ha a che fare con il trattamento farmacologico, il counseling individuale, terapia di gruppo e familiare. Ognuna di queste terapie presenta una sua specificità e tempistica precisa, ad esempio il trattamento farmacologico deve tentare di stabilizzare sia i sintomi psichiatrici che dell'astinenza da sostanza. Si sono rivelati anche molto importanti, dopo la fase acuta, trattamenti con gruppi di sostegno con pazienti che hanno presentato i soliti disturbi.

3.2. Doppia Diagnosi e DSM-IV-TR

Il DSM-IV-TR si presta bene ad un inquadramento diagnostico-nosografico della doppia diagnosi, che è inserita in questo caso nella categoria generale dei disturbi correlati a sostanze, definiti come Disturbi connessi all'assunzione di sostanze soggette ad abuso (compreso l'alcool), agli effetti secondari di un farmaco e all'esposizione di agenti tossici. Questa definizione allargata include praticamente ogni sostanza suscettibile di indurre alterazioni cognitive, emozionali e comportamentali.

Nell'ambito dei disturbi correlati a sostanze, nel DSM-IV-TR vengono distinti due diversi gruppi:

- *Disturbi da Uso di Sostanze*: comprendono i quadri clinici della dipendenza e dell'abuso. La dipendenza è definita come l'insieme di sintomi cognitivi comportamentali e fisiologici indicativi di una continua assunzione di una sostanza, nonostante i problemi che questa assunzione comporta. L'abuso è una modalità patologica dall'uso di una sostanza con significative conseguenze avverse correlate al suo uso ripetuto. La definizione operativa di questo primo gruppo di disturbi correlati a sostanze facilita la doppia diagnosi; questi due schemi di assunzione di sostanze (dipendenza ed abuso) possono coesistere con una diagnosi psichiatrica di Asse I senza dover postulare alcun rapporto di causalità tra le due diagnosi.
- *Disturbi Indotti da Sostanze*: comprendono i quadri clinici che possono essere indotti da dipendenza o all'abuso di sostanze dove sia stato determinato un rapporto di causalità tra l'assunzione di sostanze e le

manifestazioni cliniche. In questo gruppo sono compresi l'intossicazione, l'astinenza e i disturbi sindromici secondari. L'intossicazione è definita come lo sviluppo di una sindrome reversibile con caratteri specifici, che si sviluppa a seguito dell'assunzione o dell'esposizione ad una sostanza. L'astinenza è definita dalla comparsa di un cambiamento comportamentale disadattativo, con concomitanti disturbi fisiologici e cognitivi, specifici per ogni sostanza. Tali sintomi si rilevano anche quando c'è riduzione o sospensione dall'uso prolungato di una sostanza. Dal punto di vista della doppia diagnosi, questi quadri clinici (intossicazione e astinenza) possono coesistere con un disturbo psichiatrico in Asse I in quanto caratteristici dell'assunzione di sostanze; anche in questo caso senza dover stabilire relazioni di causa-effetto.

Dipendenza, abuso, intossicazione e astinenza possono essere considerati come disturbi specifici perché il loro quadro clinico e i relativi criteri diagnostici sono caratteristici dell'assunzione di sostanze. Esistono poi situazioni più complesse in cui vi è associazione di un comportamento di assunzione di sostanze con quadri clinici non associati in modo specifico a questo comportamento. È il caso di una serie di quadri sindromici con le medesime caratteristiche degli analoghi disturbi primari classificati tra i Disturbi indotti da sostanze. In questo caso deve essere assolutamente accertata una relazione causale tra assunzione di sostanze e quadro clinico sindromico; la doppia diagnosi non è formulata esplicitamente anche se è implicita nella definizione diagnostica.

Gli autori del DSM-IV-TR scrivono che “è importante non fare una diagnosi di Disturbo di Personalità basandosi esclusivamente su comportamenti che rappresentano conseguenze dell'Intossicazione o Astinenza da Sostanze, o che sono associati con attività finalizzate a

sostenere la dipendenza” (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 2001, p. 733).

Nel DSM-IV sono utilizzati due principi organizzatori: il primo è eziopatogenetico e regola l'inquadramento nosografico-diagnostico dei disturbi che abbiano una causa dimostrata. Il secondo è sindromico e si basa sull'identificazione di entità morbose indipendenti, riconosciute tali solo se non causate da fattori eziopatogenetici noti, e definite ognuna da un insieme di sintomi caratteristici.

Quindi il DSM-IV-TR utilizza un criterio gerarchico di classificazione dove il criterio eziopatogenetico è prioritario rispetto al criterio sindromico ed è preferibile evitare le diagnosi multiple. Infatti si afferma che, quando un disturbo mentale dovuto a una condizione medica generale o un disturbo indotto da sostanze è responsabile dei sintomi, questa condizione è incompatibile con la diagnosi del corrispondente disturbo primario con i medesimi sintomi. Questa procedura di classificazione e diagnosi ha una sua logica interna ed è coerente con la priorità terapeutica, e teoricamente dovrebbe limitare le condizioni di doppia diagnosi. Il problema principale però, nella clinica, è stabilire se un quadro sindromico è causa o conseguenza dell'assunzione di sostanze: nel primo caso è giustificata una doppia diagnosi, nel secondo caso le due patologie sono disgiunte.

In molte situazioni cliniche, purtroppo, il problema gerarchico non è di facile soluzione e la doppia diagnosi viene formulata in modo estensivo e diffuso: effettuando una diagnosi provvisoria.

La diagnosi provvisoria è molto diffusa in ambito clinico e soprattutto per tutte quelle diagnosi che risultano incerte e che presentano dei sintomi facilmente sovrapponibili ad altre patologie.

3.3. Disturbo Evitante di Personalità

La “Personalità Evitante” è stata descritta per la prima volta come categoria diagnostica nel 1969 dallo psichiatra Theodore Millon, ma riconosciuta come diagnosi formale solo nel DSM-III, prima si considerava uguale o con poche differenze rispetto al disturbo Dipendente di personalità. Anche successivamente c’è che lo identificava come una forma di fobia sociale, invece che un disturbo di personalità dell’Asse II.

Questo tipo di disturbo ha una percentuale abbastanza rilevante all’interno della popolazione negli ambienti clinici, circa il 10%, e sembra essere ugualmente frequente nei maschi e nelle femmine (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 2001, p. 766). Nel decorso della malattia vediamo come il comportamento Evitante spesso inizia nell’infanzia o nella fanciullezza con timidezza e isolamento, che poi si protrae per tutto l’arco di vita del soggetto.

Nell’opera “I disturbi di personalità” Len Sperry definisce la descrizione del disturbo Evitante di personalità (L. Sperry, 2004, p. 65 e sgg).

Eventi scatenanti. La circostanza che con maggiore probabilità provocherà o attiverà la tipica risposta disadattiva è la richiesta di intrattenere relazioni interpersonali intime o apparizioni pubbliche sociali.

Stile comportamentale. È caratterizzato dal ritiro sociale, timidezza, diffidenza e distacco. Il comportamento e il linguaggio risultano controllati e gli individui possono apparire apprensivi e goffi.

Stile interpersonale. Sono sensibili ai rifiuti, sebbene desiderino essere accettati dagli altri mantengono le distanze e chiedono l’accettazione incondizionata prima di potersi aprire. Mettono gli altri alla prova per verificare a chi possono veramente piacere.

Stile di attaccamento. Hanno una visione di sé negativa e una visione degli altri che oscilla tra il negativo e il positivo. Mostrano uno stile di attaccamento ansioso-evitante. Il loro esitamento scaturisce dal desiderio di essere amati e accettati dagli altri, ma allo stesso tempo dalla paura di essere respinti e abbandonati.

Stile cognitivo. Lo stile cognitivo si manifesta con ipervigilanza: l’individuo esamina attentamente l’ambiente alla ricerca di segni di accettazione incondizionata o potenziale rifiuto. Non sorprende che

abbiano una bassa autostima a causa della svalutazione delle loro capacità e dell'eccessivo peso dato ai loro difetti.

Stile affettivo. Sono individui che mostrano timidezza e apprensione. Poiché raramente ottengono approvazione incondizionata dagli altri, essi provano continuamente sentimenti di tristezza, solitudine e tensione. Nei momenti di malessere estremo possono descrivere sentimenti di vuoto e depersonalizzazione.

3.4. Concettualizzazione del Disturbo Evitante di Personalità

Le persona con Disturbo Evitante di personalità sono schive, estremamente vulnerabili, socialmente goffe, sensibili e dotate di scarsa autostima. Benché desiderino disperatamente avere rapporti sociali, essi tendono a evitarli per la paura di disapprovazione sociale e del rifiuto degli altri.

Secondo gli autori del DSM-IV-TR abbiamo le seguenti concettualizzazioni:

Concettualizzazione psicodinamica. La timidezza e la vergogna sono delle difese, messe in atto contro l'imbarazzo, l'umiliazione e il fallimento. Gli individui con personalità evitante tendono a vergognarsi della percezione che hanno di loro stessi come deboli, imperfetti dal punto di vista fisico o mentale.

Concettualizzazione biosociale. Secondo gli autori Millon e Davis l'eziologia e lo sviluppo di questo disturbo di personalità deriva da un funzionamento dominante del sistema nervoso simpatico e da una bassa soglia di attivazione del sistema nervoso autonomo. Tutto questo permette agli impulsi irrilevanti di entrare nelle associazioni logiche, di diminuire il controllo e la direzione dei pensieri e dei processi mnestici, portando una marcata interferenza con i normali processi cognitivi (Millon, Davis, 1996). Secondo Kagan il tratto di timidezza è di origine genetica, che a seguito delle esperienze ambientali e familiari si sviluppa nella caratteristica di timidezza ed esitamento, caratteristici di questo disturbo di personalità (Kagan et al, 1998).

Secondo la concettualizzazione sociale il rifiuto da parte dei genitori e quello del gruppo dei pari sembrano essere le due influenze ambientali principali e più critiche. La quantità di rifiuto genitoriale nei soggetti che presentano questo disturbo è particolarmente intensa e frequente. Inoltre, quando i rifiuti da parte del gruppo dei pari rinforzano quelli genitoriali, così si sgretola il senso di valore e di competenza del bambino dando vita ad attitudini di autocritica. Il risultato è che questi individui restringono le loro esperienze sociali, diventando ipersensibili ai rifiuti ed eccessivamente introspettivi. La loro eccessiva introspezione li costringe a focalizzarsi sulla condizione dolorosa che si sono autocreati. Non sorprende che giungano alla conclusione che non meritano di essere accettati dagli altri.

Concettualizzazione cognitivo-comportamentale. Il timore di intraprendere relazioni interpersonali deriva dalla loro dominante credenza di essere respinti. Per loro tale rifiuto sarebbe insopportabile, quindi preferiscono evitare i contatti sociali. Alla base di queste caratteristiche di esitamento troviamo degli schemi disadattivi disfunzionali che riguardano una concezione di sé come diversi, imperfetti, inadeguati e negletti. Questi individui mantengono i loro schemi disadattivi che li portano ad evitare di interagire con gli altri.

Concettualizzazione interpersonale. Le persone con diagnosi di disturbo Evitante di personalità tendono ad aver avuto uno sviluppo iniziale caratterizzato da un'educazione appropriata e un legame sociale positivo. Successivamente i genitori esercitano su di loro un implacabile controllo, e ogni loro imperfezione diventa causa di imbarazzo, specialmente per la famiglia. Una volta adulti gli individui diventano socievoli soltanto quando sono sicuri di dare un'impressione appropriata, mentre evitano le occasioni di imbarazzo. L'umiliazione è associata all'esclusione e ai rifiuti partiti nell'infanzia. I soggetti evitanti mostrano un'intensa paura di essere umiliati che li porta a ritirarsi dall'ambiente sociale, ma allo stesso tempo cercano amore e accettazione.

3.5. Disturbo Schizoide di Personalità

La personalità Schizoide ha una lunga tradizione clinica, appare già nella prima edizione del DSM. Il termine schizoide è stato introdotto nel 1924 da Bleuler. La prevalenza di questo disturbo all'interno della popolazione negli ambienti clinici è molto bassa, si stima intorno all'1%. Per anni, infatti, si è lungamente dibattuto se il Disturbo Schizoide fosse una categoria indipendente o solo una variante di altri disturbi pervasivi dello sviluppo non altrimenti specificati, o della sindrome di Asperger.

Nell'opera "I disturbi di personalità" Len Sperry definisce la descrizione del disturbo Schizoide di personalità (L. Sperry, 2004, p. 246 e sgg).

Eventi scatenanti. Le relazioni interpersonali intime costituiscono la circostanza che con maggiore probabilità provocherà o attiverà la tipica risposta disadattiva.

Stile comportamentale. Il pattern comportamentale tipico dei soggetti schizoidi può essere descritto come apatico, trascurato e occasionalmente eccentrico. Essi mostrano un linguaggio lento e monotono e generalmente non sono spontanei né nel comportamento né nel linguaggio.

Stile interpersonale. Questi individui sembrano contenti quando possono rimanere distaccati e da soli. Preferiscono cimentarsi in compiti solitari, riservati e isolati e raramente rispondono ai sentimenti e alle azioni altrui. Tendono a dissolversi sullo sfondo sociale e ad apparire agli altri distaccati. Non vogliono coinvolgersi in attività di gruppo o di squadra, sembrano inetti, goffi nelle situazioni sociali.

Stile di attaccamento. I soggetti schizoidi presentano uno stile di attaccamento rifiutante: hanno una considerazione di sé positiva e meritevole, mentre la valutazione degli altri è bassa e negativa e generalmente espressa tramite sfiducia nei loro confronti. A causa della loro valutazione di sé come emotivamente autosufficiente e degli altri come negativi, questi individui respingono il loro bisogno di stringere amicizie e avere contatti con gli altri.

Stile cognitivo. Lo stile percettivo del pensiero di questi soggetti può essere distratto. Il loro pensiero e la loro comunicazione possono facilmente deviare a causa delle loro distrazioni esterne o interne. Questo può essere facilmente notato durante le interviste cliniche, dove si

rilevano difficoltà nell'organizzare i loro pensieri, sono vaghi o si addentrano in argomenti irrilevanti. Questi soggetti sembrano avere poche abilità per l'introspezione ed avere difficoltà ad esprimere certi aspetti legati alle relazioni interpersonali. Anche i loro obiettivi sembrano essere vaghi e non decisivi.

Stile affettivo. Il loro stile emotivo ed affettivo è privo di humour, freddo, distaccato e privo di emozionalità. Sembrano indifferenti agli elogi e alle critiche e mancano di spontaneità. Hanno rapporti poveri con gli altri e scarse capacità di empatizzare con essi. Questi soggetti dispongono di un limitato range di risposte affettive.

3.6. Concettualizzazione del Disturbo Schizoide di Personalità

I soggetti con diagnosi di Disturbo Schizoide di personalità sono degli individui apparentemente freddi e distaccati, anche il lato emotivo ed affettivo risulta appiattito e apatico. Sono quasi sempre impegnati in attività solitarie, mantengono un distacco fisico e sociale dagli altri per paura di un eventuale rifiuto o di non essere capiti.

Secondo gli autori del DSM-IV-TR abbiamo le varie concettualizzazioni:

Concettualizzazione psicodinamica. gli individui hanno delle stridenti differenze che rappresentano la frammentazione di diverse rappresentazioni di sé. Il loro comportamento esteriore risulta distaccato, autosufficiente e privi di interesse, invece il loro mondo interiore nutrono bisogni emotivi, sono sensibili e vulnerabili. Questi soggetti decidono di rimanere isolati sulle base del loro fallimento, da bambini, nel ricevere il supporto e l'educazione materna. Infatti non si aspettano di ricevere alcun supporto emotivo dalle successive figure significative. Il loro isolamento è una difesa contro un duplice conflitto: il desiderio di relazionarsi con gli altri e la paura che deriva dall'essere feriti da questa necessità. Quindi ogni relazione è percepita come un pericolo che deve essere evitato.

Concettualizzazione biosociale. Secondo gli autori Millon e Everly la personalità schizoide ha un'eccessiva proliferazione dei recettori dopaminergici nel sistema limbico e nella corteccia prefrontale, questo spiegherebbe l'insolita attività cognitiva e l'inibizione delle risposte emotive. A ciò si unisce un'eccessiva attività del sistema nervoso parasimpatico, con questo si può spiegare la loro apatia, l'affettività appiattita e l'iposensibilità. Gli autori hanno anche notato che la tipologia fisica più comune a questo disturbo di personalità è ectomorfica, cioè individui sottili e fragili, che sono comunemente associati alla timidezza e all'introversione (Millon, Everly, 1995). Per la sfera sociale possiamo osservare che le famiglie di questi individui sono tipicamente caratterizzate da riservatezza interpersonale, formalità, freddezza e superficialità. Tendono a comunicare in modo frammentato e circostanziale, quindi gli individui che subiscono questo stile svilupperanno una comunicazione vaga e atrofizzata. Queste caratteristiche incoerenti di comunicazione susciteranno poi nel soggetto frustrazione, ostilità e mancanza di tolleranza. Il disturbo Schizoide di personalità viene perpetuato attraverso la distanza sociale e la loro insensibilità cognitiva ed affettiva.

Concettualizzazione cognitivo-comportamentale. Gli individui affetti da personalità schizoide tendono a vedere se stessi come tipi solitari e autosufficienti e gli altri come intrusivi. Di conseguenza la loro strategia interpersonale primaria è di prendere le distanze dagli altri. Preferiscono svolgere le mansioni e i compiti in maniera solitaria, credono che un aiuto o una relazione interferisca con la loro libertà d'azione.

Concettualizzazione interpersonale. le persone con diagnosi di disturbo Schizoide di personalità tendono ad essere cresciute in un'atmosfera disciplinata e formale, dove, pur soddisfacendo tutti i bisogni fisici ed educativi, mancava di calore e di interazione sociale ed emotiva. Sebbene i soggetti possono essere adatti al lavoro anche sociale, non sono predisposti per in contatti intimi e preferiscono ritirarsi nella fantasia e nella solitudine, non sono capaci di sviluppare delle relazioni intime.

3.7. Doppia Diagnosi nei Disturbi Evitante e Schizoide di personalità

Si rileva, appunto, una significativa difficoltà nel diagnosticare e nel definire un Disturbo di Personalità, in quanto le caratteristiche possono essere comuni a più di un disturbo. Possiamo ora definire che cosa si intende per Disturbo di Personalità, utilizzando la definizione postulata dagli autori del DSM-IV-TR “i tratti di personalità sono modi di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell’ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali personali. Soltanto quando i tratti di personalità sono rigidi e non adattivi, e causano una compromissione funzionale significativa o una sofferenza soggettiva, essi costituiscono dei Disturbi di Personalità” (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 2001, p. 730). Questa definizione sembra molto appropriata, infatti una certa unione di comportamenti e schemi diviene una patologia quando impedisce al soggetto di rapportarsi in modo congruo e di adattarsi alla società e ai propri personali bisogni.

Entrando ancora più nel dettaglio possiamo dire con certezza che la diagnosi odierna e le classificazioni nosografiche non riescono a chiarire molti aspetti legati all’incidenza del cut-off e di paragonare dei criteri che spesso sono perfettamente sovrapponibili tra loro.

Ci sono dei disturbi di personalità che presentano una classificazione nosografica molto coerente e si delineano in maniera efficace, hanno dei livelli di doppia diagnosi relativamente bassi, come per esempio il disturbo Borderline o il disturbo Narcisistico di personalità. Ma per altri disturbi di personalità il livello di sovrapposizione con un altro disturbo è molto elevato.

Per esempio si delinea una comorbilità elevata anche per il disturbo Paranoide associata al disturbo Schizotipico di personalità, con un’incidenza pari al 46,9% (Widiger, Sanderson et al, 1987).

Risulta significativo citare uno studio fatto da Morey: analizzò un campione di 219 pazienti ospedalizzati e impiegò la classificazione del DSM-IV per diagnosticare nei pazienti la percentuale di incidenza tra due disturbi di personalità nel solito soggetto. I due disturbi presi in considerazione erano il disturbo Evitante e il disturbo Schizoide di personalità. Il Disturbo di personalità Evitante era in sovrapposizione con il Disturbo Schizoide di personalità con una percentuale pari al 53,01% (Morey et al, 1998).

La ricerca effettuata da Morey hanno dimostrato che più della metà dei pazienti esaminati presentava una doppia diagnosi, quindi non era stato diagnosticato un solo disturbo di personalità, ma due disturbi coesistenti.

Anche la percentuale è sicuramente molto significativa, e dimostra che la classificazione nosografia operata dal DSM non è efficace per tutti quei casi che presentano delle caratteristiche in comune con due disturbi.

3.8. La sovrapposizione dei Disturbi Evitante e Schizoide di Personalità

Andando ad esaminare in concreto le caratteristiche peculiari postulate dall'ultima edizione del DSM per il disturbo Evitante e per il disturbo Schizoide di personalità, possiamo notare diversi fattori che si sovrappongono in maniera piuttosto evidente.

Nel testo "Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità" il paziente con personalità Evitante viene definito così: "C'è un'intensa paura dell'umiliazione e del rifiuto. Sentendosi in difetto si distacca e si limita con cautela in modo da evitare l'imbarazzo atteso. Desidera intensamente amore e accettazione, ma entrerà in intimità solo con quelle poche persone, che supereranno i suoi esami molto stringenti alla sicurezza. Occasionalmente il soggetto con disturbo Evitante perde il controllo ed esplose con indignazione irosa" (Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità, 1999. p. 348). Gli autori del DSM-IV-TR descrivono così le caratteristiche peculiari del soggetto con personalità Schizoide "Questa modalità di comportamento si manifesta con timidezza, ipersensibilità, tendenza all'isolamento, esitamento delle relazioni intime o competitive e spesso eccentricità. Questi pazienti reagiscono alle esperienze e ai conflitti disturbanti con apparente distacco" (Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali, 2001, p. 42).

Il primo fattore che può essere messo in comune è sicuramente lo stile familiare e il rapporto con il caregiver. Nei pazienti con diagnosi di personalità Evitante il DSM presuppone uno stile di attaccamento ansioso-evitante: le cure sono state appropriate e anche l'attaccamento sociale adeguato, questo ha sviluppato un il desiderio di contatto sociale. Ma nella seconda infanzia il soggetto è sottoposto ad un controllo smodato da parte dei genitori, e le imperfezioni erano causa di scherno e grande imbarazzo. Parimenti nei pazienti con diagnosi di personalità Schizoide lo stile di attaccamento è rifiutante: il soggetto è cresciuto in una famiglia formale, i bisogni fisici ed educativi sono stati soddisfatti. Ma le relazioni interpersonali nel nucleo familiare sono state sicuramente basate sull'etichetta senza creare un vero dialogo e uno scambio intimo. Probabilmente non c'era molto gioco e interazione emotiva, quindi il soggetto avrebbe imparato a dedicarsi ad attività solitarie e defilate da occhi indiscreti. In molti pazienti con personalità Schizoide il genitore è distaccato, ma può anche criticare le attività solitarie del figlio e

spingerlo ad essere più sociale. Questo fattore della critica accomuna i due disturbi di personalità, creando in loro un senso di disagio di fronte ai giudizi degli altri, soprattutto quelli negativi, spingendo a non attendersi e non dare nulla. Come scrivono gli autori del DSM-IV-TR nel primo criterio diagnostico del disturbo di personalità Evitante “evita qualsiasi tipo di attività che implica contatti interpersonali significativi a causa della paura della critica, della disapprovazione e del rifiuto”. Ma anche nel quinto criterio diagnostico del disturbo Schizoide gli autori scrivono che “non ha amici stretti o confidenti, eccetto i parenti di primo grado”.

Questi due criteri appaiono per diversi aspetti molto simili tra loro, in entrambi emerge la paura del rifiuto e della critica, che porta i soggetti all’isolamento sociale, e alla riluttanza verso le relazioni interpersonali. In entrambi i disturbi si vede che le poche relazioni interpersonali sono strette con i parenti i primo grado o con un ristrettissimo numero di individui: per i soggetti con personalità Evitante e Schizoide è molto difficile approcciarsi con altre persone, e se lo fanno devono essere sicuri che gli altri li apprezzino e non li criticano o disapprovino.

Un altro punto dove si possono rilevare delle nette somiglianze, e di conseguenza delle difficoltà nell’effettuare una diagnosi differenziale è il punto 2 dei criteri diagnostici per il Disturbo Evitante. Gli autori del DSM scrivono che “è riluttante ad entrare in relazione con gli altri a meno che non sia certo di piacere”. E nel primo criterio del disturbo Schizoide è scritto che “non desidera né prova piacere nelle relazioni strette, incluso far parte di una famiglia”. Da entrambi i due criteri emerge sempre la solita paura di relazionarsi con gli altri, sicuramente i soggetti con diagnosi Schizoide sono ancora più solitari e restii a stabilire dei contatti interpersonali, ma se pensiamo ad un’ipotetica diagnosi risulta abbastanza difficile stabilire queste sottigliezze. Per i soggetti con disturbo Evitante emerge che il desiderio e la paura si concretizzano su di un unico oggetto: le relazioni interpersonali.

Possiamo anche ricordare che difficilmente i criteri nosografici si adattano perfettamente ad un soggetto, in quanto ogni paziente sviluppa delle modalità personali e degli stili di personalità anche visibilmente diversi, anche se la diagnosi è la stessa.

Delle somiglianze si rilevano anche in altri due criteri diagnostici proposti dal DSM. Il settimo criterio del disturbo di personalità Evitante sostiene che “è solitamente riluttante ad assumersi rischi personali o ad ingaggiarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante”, invece nel quarto criterio della personalità Schizoide dove il soggetto “prova piacere in poche o nessuna attività”.

Anche questi due criteri postulati dagli autori del DSM dimostrano come questi soggetti basino gran parte della loro esistenza sulla solitudine e le

attività che non presuppongono rapporti interpersonali. I soggetti con diagnosi Evitante e Schizoide di personalità hanno un regolare lavoro, ma non intrattengono relazioni e poi nella vita privata rimangono isolati e non hanno interessi o hobby che presuppongano la presenza di altre persone. Queste caratteristiche che si rilevano in entrambi i disturbi sono comunque dettate da un comune denominatore, ovvero la paura e il disagio del giudizio e delle critiche altrui. Queste persone si allontanano dagli altri perché temono il confronto e le critiche, non hanno in loro la capacità di affrontarle e di sostenerle serenamente, anche in prospettiva di una crescita personale.

Sicuramente i soggetti con diagnosi Evitante vorrebbero essere socialmente coinvolti ed avere delle relazioni interpersonali di successo, a patto di essere sicuri di piacere; mentre gli individui con personalità Schizoide non vedono la necessità di qualsiasi contatto sociale e non vorrebbero avere dei rapporti.

Lo psichiatra Millon scrive a proposito dei due disturbi di personalità che “nessuno dei due è in grado di sperimentare dolore o piacere, o di ricevere gratificazioni da sé o dagli altri” (Millon et al, 1994). Quanto scritto da Millon appunto testimonia come ci siano delle vere e proprie sovrapposizioni tra il disturbo Evitante e quello Schizoide di personalità. Anche nell’ultima edizione del DSM gli autori sono d’accordo nel dire che in apparenza il soggetto con diagnosi Schizoide può sembrare emotivamente freddo e distaccato e non desidera avere relazioni intime, perché non ha interesse a intrattenere rapporti interpersonali. Ma andando a fondo al problema vediamo che questo accade solo in apparenza, perché anche il soggetto Schizoide vorrebbe avere delle relazioni intime e un ruolo sociale attivo. La sua palese non curanza è solo una difesa verso le persone che lo spronano ad avere dei contatti sociali, ma anche verso se stesso. Possiamo definirla come una vera modalità di auto-convincimento che il soggetto opera per sfuggire al dispiacere di non saper instaurare delle relazioni intime, ma nel suo profondo sarebbe realizzato se potesse avere un ruolo sociale attivo e fosse considerato bene dagli altri, ma la paura del rifiuto è troppo più grande del rischio che è disposto a correre.

Sia i soggetti con diagnosi Evitante che con diagnosi Schizoide evitano di farsi nuovi amici, a meno che non siano certi di piacere ed essere approvati incondizionatamente, sono poco motivati anche a svolgere attività di gruppo a meno che non gli sia offerto un generoso supporto ed accudimento. Questi soggetti temono di mettere il loro benessere nelle mani degli altri, anche se desiderano avere delle relazioni durature ed intime, ma la bassa autostima e l’ipersensibilità al rifiuto si manifestano con una restrizione dei contatti lavorativi e interpersonali. Quindi come abbiamo avuto modo di verificare, i tratti peculiari che si sovrappongono

sono molteplici, e le relative soglie cut-off di ciascun disturbo possono essere interpretate in maniera molto soggettiva. Questo è appunto il nodo chiave della questione, il riuscire a fare una corretta

diagnosi, in presenza di tanti criteri che possono appartenere a più di un disturbo.

Quindi le attuali classificazioni nosografiche non riescono ad uscire dal problema di una doppia diagnosi o di una diagnosi provvisoria, con il rischio di inquadrare il paziente in una categoria errata e di avviare un processo terapeutico che non si adatta alla sintomatologia presentata.

Conclusioni

La diagnosi in psicologia viene concettualizzata e utilizzata come uno strumento di lavoro. Essa è caratterizzata dal suo valore nell'intero processo diagnostico e nella relativa terapia, considerando sempre le dovute critiche rispetto ai suoi limiti e al rischio di etichettamento del paziente.

Come ho dimostrato nel mio lavoro la diagnosi risulta uno strumento essenziale nell'ambito clinico, ma che necessita ancora di classificazioni nosografiche più precise, unite alla valutazione degli aspetti e dei processi cognitivi e della personalità del soggetto. Senza dimenticare l'importanza e l'efficacia degli aspetti relazionali all'interno del processo psicodiagnostico.

Proprio l'inconsistenza di base delle varie classificazioni nosografiche hanno portato alla luce il problema della doppia diagnosi, che si rivela una realtà assai diffusa nell'ambito clinico. La sola competenza tecnica nell'uso delle varie categorie nosografiche e nella somministrazione dei test non è sufficiente per garantire una diagnosi corretta ed efficace.

Prima ed accanto alla competenza tecnica è necessaria un'attenta competenza relazionale, ovvero un'adeguata capacità di relazione che si può instaurare con il paziente.

L'uso delle categorie diagnostiche e nosografiche non dovrebbe mai essere eseguito meccanicamente e in modo acritico, ma valutare sempre e con attenzione le possibili variabili personali portate da ogni paziente. Le categorie nosografiche che sono state proposte non sono universali, ma si devono adattare in modo flessibile ad ogni caso clinico.

La diagnosi stessa, anche se non presenta particolari difficoltà e non insorge una comorbidità, dovrebbe contenere delle rivalutazioni in itinere per verificare se la diagnosi è mutata e anche per verificare se la terapia scelta risulta e efficace e in linea con la patologia presentata.

Il problema che ho presentato nel mio lavoro tocca anche la questione della sovrapposizione tra due disturbi di personalità, in specifico quello Evitante e quello Schizoide: ho rilevato come dei tratti che sono da considerarsi peculiari per ciascuno dei due disturbi sono molto simili o addirittura quasi identici. Quindi in un contesto clinico, dove ci si presta a fare una diagnosi, può risultare particolarmente difficile individuare la categoria dove collocare il paziente. Oltre che alle varie ricerche in ambito clinico, lo stesso manuale che ho analizzato in modo critico, presenta

delle categorie non altrimenti specificate: dimostrazione che anche tra gli autori stessi non esiste ancora un accordo coerente sulla classificazione di certi determinati disturbi in associazione con una sintomatologia. E' vero che il soggetto non dovrebbe portare passivamente un'etichetta diagnostica, ma risulta comunque necessario ed importante individuare la specifica categoria di appartenenza, senza che i sintomi siano in comune con altri casi patologici. Quindi ho voluto dimostrare come le passate e le attuali classificazioni nosografiche non siano ancora in grado di fornirci una diagnosi precisa, soprattutto nei casi che non sono considerati standard, ma che presentano una sintomatologia poco chiara, con manifestazioni comportamentali che possono essere associate a più di una psicopatologia.

E come ho avuto modo di dimostrare, riportando i numerosi studi, il problema legato alla doppia diagnosi è presente in una percentuale tutt'altro che marginale, ma con casistiche che raggiungono anche la metà dei casi clinici analizzati.

Tutto questo suggerisce una revisione degli attuali sistemi di classificazione che sono stati proposti, in modo che i tratti peculiari di un disturbo non siano così facilmente sovrapponibili.

Dovremmo andare contro una semplice azione di etichettamento, e considerare la diagnosi come un processo complesso che non esclude variabili di tipo soggettivo e che deve avere una valenza clinica tale da divenire una risorsa durante il percorso psicoterapeutico, anziché un fatto limitante.

L'incontro con il paziente è comunque sempre l'incontro tra due soggetti, prima che tra due entità "diagnostiche" e il processo diagnostico è utile per orientare il clinico, ma non dovrebbe costringerlo all'interno di rigidi parametri ed ad operare in maniera stereotipata. Tutte le variabili diagnostiche si devono integrare con la struttura psichica del paziente: perché ognuno è inscindibile dalla propria realtà psichica, culturale, interpersonale e sociale.

Bibliografia

American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, DSM-IV. Milano, 1994

American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, DSM-IV-Text Revision. Milano, 2000

Bianchi Adele, Di Giovanni Parisio. *Psicologia in azione*. Milano, 2001. Cap. XXII, pp. 721 e sgg

Bellomo Antonello. *Comorbidità per uso di sostanze e principali disturbi psichiatrici*. Roma, 2004. Cap. I, Cap. III

Carrieri Francesco, Catanesi Roberto. *Abuso di sostanze e condotte criminali*. Varese, 2004. Cap. I, pp. 19-99

Chiappero Paolo. *Psicopatologia e processo diagnostico. Strumenti psicodiagnostici a confronto da un punto di vista psicodinamico*. Genova, 2006. Cap. II, III, IV pp. 23 e sgg

Cosgrove Lisa, Schneider Stanley. Rivista scientifica *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2006. Articolo: "Financial ties between DSM-IV panel Members and Pharmaceutical Industry"

Fodor Jerry A. *La mente non funziona così, la portata e i limiti della psicologia computazionale*. Bari, 2001. Cap. III

Kendell Robert. *Il ruolo della diagnosi in psichiatria*. Spoleto, 1977

Lis Adriana. *Il colloquio come strumento psicologico. Ricerca, diagnosi e terapia*. Firenze, 1995. Cap. IV, pp. 121-126, 183-185

Mecacci Luciano. *Manuale di Psicologia generale*. Firenze, 2001. Cap. III, pp. 81- 90

Rigliano Paolo, Roncillo Laura. *Tossicomania e sofferenza psichica, le buone prassi nella doppia diagnosi*. Milano, 2003

Searles Harold. *Il paziente Borderline*. Torino, 1988.
Cap. II p. 85 e sgg

Smith Benjamin Lorna. *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Roma, 1999. Cap. V pp. 141-157, Cap. XV, pp. 427-447

Sperry Len. *I disturbi di Personalità*. Milano, 2004

Vella Gaspare, Aragona Massimiliano. Rivista scientifica
Aggiornamenti in psichiatria, NOOS vol. IV/1, 1998. Articolo: La comorbilità in psichiatria, pp. 37-62